

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Recinto Universitario Rubén Darío.

UNAN – MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas



Informe Final de Investigación

Para Optar al Título de Médico y Cirujano

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el manejo de la
hemorragia postparto que tiene el personal médico y enfermería del
Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015”

Autor:

Br. Elena Isabel Martínez Quiroz

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez

MSSR

Epidemiólogo HAJN, Granada

Managua, Octubre 2015.

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi padre, Marvin Martínez:

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi madre, Nubia Quiroz:

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien pero más que nada por su amor.

A mi tutor, Dr. Eladio Meléndez:

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración y culminación de esta tesis monográfica.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ser maravilloso que me dió fuerzas y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A mis padres, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mis más grandes agradecimientos, a mi padre que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión.

A mis tutores y maestros, por sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación, lo cual ha sido fundamental para mi formación como investigador,

OPINIÓN DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico ***“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre hemorragia posparto que tienen el personal médico y enfermería del Hospital primario Jorge Navarro de Wiwili. Jinotega. Julio 2015”***.

La Br. Elena Isabel Martínez Quiroz, es la autora de dicho trabajo. Ella desde que inició el proceso de investigación demostró responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema, sobre todo mucho respeto con sus compañeros actuales de trabajo que es la población objeto de estudio.

Entre los resultados se destacan:

Un poco más de la mitad del recurso de médicos y enfermería afirmaron que poco se informan sobre los temas actuales del manejo y prevención de la HPP. Siendo mayormente los entrevistados Médicos en formación y personal Auxiliar de Enfermería. Es preocupante encontrar que el nivel de conocimiento es regular y la actitud hacia el manejo y prevención es desfavorable, siendo la práctica con tendencia inadecuada en este lugar del país, donde las muertes maternas son muy frecuente dado principalmente por la hemorragia post parto.

Recordemos que las cifras de muerte materna es un trabajo arduo lograr reducirlas pero muy significativo, el hecho que el personal tenga regular conocimiento y su actitud sea desfavorable como la práctica también, es responsabilidad de los gerentes de salud de la región que deben de mejorar. No olvidemos que una muerte materna es reducción de los años potenciales económicamente, la pérdida implica; abandono de la unión familiar y mayor cantidad de niños huérfanos, que de manera general, esto no permite que el país salga de la pobreza.

Es un reto actualmente tener que mejorar las condiciones técnicas de cada uno de los recursos humanos que atiende a esta población. La intención de la investigadora era dar una campanada de alerta a lo que está sucediendo. Felicito a la Bachiller por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que le demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

RESUMEN

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. La mayor parte de las muertes maternas por hemorragia posparto son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), intervenciones quirúrgicas, así como, con transfusiones sanguíneas. (USAID, 2012).

El municipio de Wiwilí, del departamento de Jinotega, es uno de los que aporta las mayores cifras de muerte materna a Nicaragua. Las mujeres de dicha región tienen el 5%, en relación a la población del pacífico, que no acuden a los controles prenatales, 2.1% más de los que contribuyen a la muerte materna a nivel nacional y el primer lugar por causa obstétrica directa por hemorragia post parto. En el 2014 fueron 3 muertes maternas por esta causa y en el 2015 hasta la fecha han ocurrido 2 casos. (MINSA - Wiwilí, 2014 - Mayo 2015).

El presente estudio pretende identificar y dar a conocer las oportunidades de mejora a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud que trabaja en el municipio de Wiwilí en cuanto a la caracterización y manejo de la hemorragia posparto, esto es una acción que los gerentes de programa y como institución deben de realizar, sin embargo, por los costos que tiene y la capacidad técnica está limitada. El propósito también es brindar recomendaciones que permitan fortalecer la buena práctica para todo el personal de salud que atienden estos eventos, y así disminuir en gran medida los casos de morbi-mortalidad materna por dicha razón.

El estudio es descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, se realizó en el Hospital primario Jorge Navarro de Wiwilí - Jinotega ubicado en el casco urbano del mismo municipio, a 300 kms de la capital Managua. Los individuos objeto de estudio fueron médicos y enfermeras que laboran en dicho hospital, el cual tiene una capacidad de atención mensual por problemas obstétricos en promedio de 60 a 110 mujeres.

La muestra fue por conveniencia, en un inicio se planteó incluirlos a todos (56 recursos en total) pero como es voluntaria la participación solo fue posible entrevistar a 36 que laboran en el Hospital como en 1 de los 7 Puesto de Salud del municipio. Se elaboró un instrumento de recolección de la información para obtener datos como las características de la población en estudio el conocimiento, actitud y practicas básicas generales sobre el diagnóstico oportuno, la prevención y manejo de la hemorragia posparto y sus complicaciones, a través de reconocer los elementos que contienen la norma para el manejo de las complicaciones obstétricas de Nicaragua (Ministerio de Salud, Abril

2013). Al final del instrumento se preguntan los elementos de la información que permitan reconocer de donde se informan, la frecuencia y el medio de información que utilizan para informarse. La información fue procesada electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 21.0 para Windows.

Los resultados demuestran que el personal auxiliar (36.1%) son quienes más conforman el personal de salud de esta unidad asistencial seguido del 27.8% de Licenciadas en Enfermería y el 25% de Médicos en servicio social. Al investigar sobre los elementos de la información acerca de la hemorragia post parto que tienen los entrevistados se encontró que el 58.3% a veces se informan. Según el índice sumatorio del nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería, el mayor grupo está ubicado en el nivel regular, 16 de ellos, donde el 27.8% son las mujeres, el 19.4% auxiliares de enfermería, y el 22.2% con 1 o menos de un año de laborar en el hospital primario. El 22.2% y el 27.8% del personal entrevistado que tienen poco y regular conocimiento no han sido capacitados. La actitud identificada, en su mayoría 26 de ellos es desfavorable para prevenir y manejar la HPP. Encontrando actitudes desfavorables en 52.8% del personal femenino, 25.5% de las auxiliares de enfermería y en 33.3% de los que tienen 1 o menos de un año de laborar, pero sin embargo también predominó la actitud desfavorable en 8.3% de los que tenían 5 a 10 años de trabajar en la unidad asistencial.

Al relacionar el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes con el hecho de haber atendido alguna hemorragia post parto, fue evidente que el 25% de los que habían atendido tenían bastante conocimiento contrario a los que no lo habían hecho, que su conocimiento era regular, el grupo de los que tenían poco conocimiento el 27.8% también no habían atendido ninguna HPP.

Conclusión: Según los resultados encontrados el personal que labora en el Hospital Primario Jorge Navarro de Wiwili, en su mayoría, son recursos en formación con poco nivel de competencia y poco tiempo de laborar, y con necesidad de ser capacitados, debido a que su conocimiento en relación al tema es poco, su actitud desfavorable y muchos no tienen la experiencia de haber atendido anteriormente una HPP. Además que se observa la falta de capacitación y entrenamiento.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V. OBJETIVOS.....	13
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
VI. MARCO REFERENCIAL.....	14
6.1 Definición de HPP	
6.2 Etiología	
6.3 Clasificación	
6.4 Factores de riesgo	
6.5 Fisiopatología de la Atonía uterina post alumbramiento.	
6.6 Tratamiento y manejo.	
6.7 Criterio de traslado a otra unidad de mayor resolución y alta.	
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
7.1 Tipo de Estudio.....	34
7.2 Área de estudio.....	34
7.3 Población de estudio.....	34
7.4 Muestra.....	34
7.5 Criterios de inclusión.....	34
7.5 Criterios de exclusión.....	35
7.6 Operacionalización de las variables.....	35
7.7 Técnica de recolección de la información.....	43
7.7 Procesamiento y análisis de la información.....	43
7.8 Variables y cruces de variables.....	45
7.9 Aspectos éticos de la investigación.....	45
VIII. RESULTADO.....	46
IX. DISCUSIÓN.....	50
X. CONCLUSIONES.....	53
XI. RECOMEDACIONES.....	54
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	55
XIII. ANEXOS.....	57

13.1. Anexo 1. Tablas de resultados

13.2. Anexo 2. Gráficos de resultados

13.3. Anexos 3. Instrumento de recolección de la información.

13.4. Anexos 4. Hoja de consentimiento informado.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto implican potenciales riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres previamente sanas. La hemorragia posparto está dentro de las cinco causas principales de mortalidad materna, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Alrededor de medio millón de mujeres mueren anualmente en todo el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

Aproximadamente un cuarto de estas muertes son causadas por complicaciones del alumbramiento, es decir, hemorragia dentro de las primeras 24 horas después del parto. En los países en vías de desarrollo, el riesgo de muerte de la madre por hemorragia posparto es de aproximadamente una en 1000 partos. En el Reino Unido, el riesgo de muerte por hemorragia obstétrica es aproximadamente de una en 100,000 partos. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

La situación actual a nivel mundial, perfila que cada año, 287.000 mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo. Otros 5,7 millones de mujeres padecen enfermedades o discapacidad graves o de larga duración a consecuencia de las complicaciones del embarazo o del parto.

Según datos de United Nations Population Fund (UNFPA), a partir de 1990, disminuyó en un 42 por ciento la mortalidad materna a escala mundial, desde más de 543.000 defunciones anuales en 1990 hasta 287.000 en el 2010, esto gracias a los beneficios adquiridos por los Objetivos del Milenio (ODM). Aun cuando este progreso es alentador, debe interpretarse como un llamamiento a intensificar las acciones, dado que queda poco tiempo hasta que se cumpla en el 2015 el plazo para alcanzar éstos mismos, es necesario que la tasa de progreso anual se duplique con creces para poder alcanzarlos, y así mejorar la salud materna y la salud reproductiva. (Sandoval & Pérez Olivo, 2013)

La mayor parte de las muertes maternas por hemorragia posparto son evitables por medio de intervenciones médicas oportunas y efectivas, mediante el adecuado cumplimiento del

Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), intervenciones quirúrgicas, así como, con transfusiones sanguíneas. (USAID, 2012)

En Nicaragua, el número de mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido notablemente en los últimos cinco años. Esto es el resultado de estrategias exitosas, tales como el control prenatal, el incremento del parto institucional, la adecuación cultural del parto, la utilización de las casas maternas, la identificación de los signos de peligro, la provisión de cuidados obstétricos esenciales y la atención del puerperio. Sin embargo, aún persisten brechas de acceso para muchas mujeres que no acceden a estos servicios y problemas inherentes a la calidad de los servicios en ciertas áreas. La hemorragia posparto causa casi la mitad de las muertes, seguida de sepsis puerperal y eclampsia y representa uno de los principales problemas de salud pública en el país ya que ocupa el 20.8% de los casos de mortalidad materna.

El segundo lugar de la mortalidad materna a nivel nacional lo ocupa el departamento de Jinotega con 109 x 100.000nv según informe de gestión de salud. (DGAF-MINSA/SIGFA - Nicaragua, 2012). Obviamente que las características sociodemográficas de la región y en cuestión al municipio en estudio: Wiwilí del departamento de Jinotega, cuenta con 56 comunidades rurales y 12 comunidades urbanas, con una población total de 71.843 habitantes, la mayor del departamento; de estas el 84% ubicado en el área rural.

El acceso a los servicios de salud, en su mayoría, están a más de 5km, hay 7 puestos de salud y un hospital primario dotado de 25 camas, el personal de salud está compuesto por seis médicos generales, un Ginecobstetra, dieciocho médico en servicio social, ocho enfermeras y veinte auxiliares. Las mujeres de dicha región tienen el 5%, en relación a la población del pacifico, que no acuden a los controles prenatales, 2.1% más de los que contribuyen a la muerte materna a nivel nacional y el primer lugar por causa obstétrica directa por hemorragia post parto. En el 2014 fueron 3 muertes maternas por esta causa y en el 2015 hasta la fecha han ocurrido 2 casos. (MINSA - Wiwilí, 2014 - Mayo 2015)

II. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes de hemorragia posparto a nivel regional

Pariguana (Perú, 2004), realizó un estudio de casos y controles en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, encontrando que la frecuencia de hemorragia posparto fue mayor en partos vaginales (cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Las principales causas de hemorragia posparto fueron retención de restos placentarios, seguido de desgarros de cérvix, desgarros vaginales y de periné. En partos vaginales, se presentó anemia en la mayoría de los casos como consecuencia a la hemorragia. (Pariguana López, Factores de Riesgo de la Hemorragia Posparto, 2004).

Rivero (Argentina, 2005), realizó un estudio observacional, descriptivo de la hemorragia posparto en el Hospital Ángela I de Llano de Corrientes, encontrando que la paciente promedio tenía 25 años, con antecedentes de 4.6 controles prenatales, 32% fueron primigestas, 16% presentó RPM, 15% era múltipara y 14.7% presentó anemia. La mayor causa de hemorragia posparto fue hipotonía uterina con 37.5%, la medicación mayormente utilizada fue oxitocina con 75%.

Philippe y colaboradores (Cuba, 2007), realizaron un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de la técnica de alumbramiento activo con la técnica de mínima intervención en la fase de parto en 110 pacientes, resultando que el 3% de las que fueron asistidas durante la tercera etapa tuvieron pérdidas de 500 ml de sangre en promedio. La duración del tercer periodo del parto disminuyó en 13% al comparar el manejo activo con las gestantes que se esperó un alumbramiento espontáneo.

Hernández (El Salvador, 2011) estudió el manejo de la hemorragia posparto, encontrando que en 40 casos solo el 62.5% había cumplido el manejo activo del tercer periodo del parto. Además evidenció el correcto manejo médico de atonía uterina en la totalidad de los casos. Además realizó un estudio descriptivo en el Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán", encontrando que el mayor porcentaje de eventos de hemorragia posparto fue en múltiparas con el 72%, siendo la causa principal la atonía uterina con un 85%. El 92% desarrolló anemia. (Hernández, 2011).

Jarquín, Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) (Centroamérica, 2012), realizó un estudio de tipo descriptivo, multicéntrico en Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá en el período de marzo 2011 a febrero 2012. Encontró en Nicaragua que la edad materna promedio fue de 25.31 ± 7.3 años, entre los factores de riesgo se encontró antecedentes de hemorragia posparto (2.3%), trabajo de parto prolongado (8.2%), uso de útero-inhibidores (5.9%), recién nacido con peso > 4.0 kg (4.5%), polihidramnios (0.9%), embarazo múltiple (8.8%), anemia (47.7%), histerectomía (23.8%) y tratamiento con oxitocina de primera elección (100%). (Jarquín, 2012)

2.2 Antecedentes de hemorragia posparto a nivel nacional

Nicaragua no es la excepción a la situación mundial y regional de la mortalidad materna por hemorragia posparto. En los últimos 13 años la tasa de mortalidad materna ha fluctuado, presentando una tendencia estable en este período. (OPS, Diciembre 2006) En el 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 89.6/100,000 nacidos vivos. Encontrándose entre las principales causas de mortalidad materna: hemorragia post parto (48% de los casos), seguida de sepsis puerperal (15 %) y eclampsia (14%).

En Nicaragua, el número de mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido notablemente en los últimos cinco años. Según el MINSA, el número de defunciones obstétricas totales se ha reducido en un 27%, pasando de 115 en el 2006 a 84 en el 2011. Al desglosarlo, las muertes obstétricas directas se han reducido 32.3% pasando de 93 en el 2006 a 63 en el 2011. Las muertes obstétricas indirectas también experimentaron una leve disminución de 22 a 21 (4.5%). Al contrario, las defunciones no obstétricas aumentaron de 8 a 12 (50%) en igual período. Las regiones del Caribe y del norte del país, mantienen las tasas más altas.

La hemorragia posparto representa uno de los principales problemas de salud pública en Nicaragua, ya que ocupa el 20.8% de los casos de mortalidad materna¹. La norma nacional la define como la pérdida sanguínea mayor de 500cc por vía vaginal durante las primeras

¹ Ministerio de salud. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Hemorragia posparto. Abril. 2013.

24 horas después del parto y que tiene el potencial de producir inestabilidad hemodinámica.²

Martínez Castro (Managua, HFVP, 2004) estudió el MATEP en 355 pacientes sin hemorragia posparto y el manejo de 12 casos de hemorragia posparto. La mayoría de las pacientes presentaban factores de riesgo durante el embarazo siendo los más frecuentes: bajo nivel socioeconómico, primigestas adolescentes, multiparidad, Controles Prenatales (CPN) deficientes, infección de las vías urinarias, entre otros. Las principales causas de hemorragia posparto la constituyeron la hipotonía uterina, desgarros del canal del parto y restos placentarios, siendo los fármacos más utilizados en este tratamiento oxitocina, dextrosa al 5%, Hartman y medidas no farmacológicas en todos los casos de hemorragia posparto (masajes, legrado y reparación de los desgarros). Además, se encontró que en la mayoría de los partos se cumplió con el MATEP, siendo los médicos residentes del III año quienes cumplen mayormente con la técnica. La frecuencia de hemorragia posparto fue menor que la preexistentes en otros estudios de este hospital (3.2%) No se realizó ninguna histerectomía, ni muerte materna por hemorragia posparto en el periodo de estudio.³

Narváez, E (HBCR y HFVP Managua, 2007). realizó un estudio de utilización de medicamentos para describir la atención del parto antes y después de elaborar e implementar la Guía de Práctica Clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en 683 partos, la edad promedio fue de 22 años, encontrando en ambos hospitales su mayor frecuencia en adolescentes y primigestas. En el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque (HBCR) el 10.4% presentó Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y la principal causa específica de hemorragia posparto fue la hipotonía uterina (11.9%). En el Hospital Fernando Vélez Paiz (HFVP), la principal causa de hemorragia posparto fue la ruptura prematura de membranas con un 20.5%, seguido de atonía uterina con un 16.7%.⁴ (Narváez Delgado, 2007)

2 Ministerio de salud. Normas protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Hemorragia postparto. dic. 2006.

3 Martínez Castro, Vilma. 2004. MATEP y manejo de Hemorragia postparto. Hospital Fernando Vélez Paiz. Managua, Nicaragua.

4 Narváez, E. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la HPP en dos hospitales de Managua. 2007.

El Ministerio de Salud (Managua-HAN, 2010). Estudió en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) sobre la terapia usada en el manejo de 279 puérperas, 44 de ellas con hemorragia posparto (15.7%). Cincuenta mujeres recibieron algún medicamento entre el expulsivo y el alumbramiento, de ellas, 47 recibieron oxitocina y 2 recibieron ergometrina como tratamiento por hipotonía uterina. El 69.1% de las puérperas recibieron algún fármaco tras el alumbramiento, 39.6% ergonovina, (115 mujeres, 110 sola y 5 combinada con oxitocina). Sólo 15 mujeres (5.4%) recibieron oxitocina en esta fase, 10 de ellas como mono fármaco y 5 en combinación con ergometrina.⁵

Aráuz, P (HBCR-Managua, 2011) estudió el manejo de la hemorragia posparto en 126 pacientes (3.7% del total de partos atendidos), con predominio de adolescentes (15-19 años, 42.9%), nulíparas (42,2%) y con 1-3 CPN (50%). La mitad fueron partos vaginales inducidos con Misoprostol (52.4%) y recibieron episiotomía (50.8%). El 51% de las hemorragias posparto fue causado por atonía uterina. Las complicaciones de hemorragia posparto por atonía uterina fueron anemia severa (46.8%) y coagulopatía de consumo (19.8%). Se realizó histerectomía al 15.9%. El MATEP y el manejo médico de la hemorragia posparto se cumplió correctamente (97.6%), evaluado con la lista de chequeo para el manejo de la hemorragia posparto.⁶

Marengo, J (HAN-Managua, 2011) realizó un estudio descriptivo en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el cual se estudiaron 367 casos de los cuales 358 fueron sin hemorragia posparto y solo 9 con hemorragia posparto (2.4% de incidencia). La edad más frecuente fue, entre 20 y 34 años, primigestas, nulíparas, con embarazo a término, con CPN deficiente o nulo, con patología concomitante como asma, gastritis y anemia, siendo la causa principal de hemorragia posparto la hipotonía uterina. (Marengo, 2011)

5 Ministerio de Salud. 2010. Protocolo fármaco terapéutico en la hemorragia postparto. Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, Nicaragua.

6 Arauz Téllez, Pedro Jesús. 2011. Manejo de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua

Rodas KA, Ruiz MJ (HRSJD-Estelí, 2013)⁷ estudiaron en el Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí (HRSJD-Estelí) el total de 81 mujeres (0.6% del total de 13,441 partos) atendidas por hemorragia posparto entre 2008-2011 y cesárea en el servicio de Gineco-obstetricia. La mayoría de las pacientes tenían 20-30 años, de procedencia rural, en unión estable y con educación secundaria. Los factores antenatales más importantes fueron la primiparidad, anemia, y distensión uterina; durante el parto: pre-eclampsia y agotamiento materno; en el post parto: atonía uterina, desgarros, retención de placenta y restos placentarios. Más del 90% completaron las variables de la Historia Clínica Prenatal (HCP): antecedentes personales y obstétricos, antecedentes de la gesta actual, el esquema de inmunización, admisión y atención del parto y anticoncepción; Menos del 70% completaron: datos de identificación, examen físico y complementarios, exámenes de laboratorio y enfermedades maternas; y sólo en un tercio de los expedientes clínicos se encontró completo el IMC.

Toledo M (HRAJ, 2013)⁸ evaluó en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ) la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA, proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La paciente típica tiene entre 20-35 años, de procedencia rural, es ama de casa, en unión estable y con escolaridad primaria. Brinda información sobre antecedentes patológicos y obstétricos importantes como malnutrición, anemia, multiparidad y confirma a la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada, pero la contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico, clasificación y manejo de la hemorragia posparto: no se realiza la clasificación del grado de shock, 30% no cumple medidas generales y manejo terapéutico según estándares, 26% no aplica el MATEP y cerca de la mitad no cumple criterios de alta, según el registro del expediente.

7 Rodas KA, Rivas MJ. Principales factores maternos asociados a hemorragia postparto en las mujeres que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Estelí en el período 2008-2011. Tesis Monográfica, UNAN Managua, 2013.

8 Toledo, MA. Aplicación del protocolo de hemorragia post parto establecido por el Minsa, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción-Juigalpa de enero 2012 a mayo del 2013. Tesis Monográfica, UNAN Managua, 2013.

Ortega S y Dávila S⁹ (HAN, 2013) estudiaron los factores relacionados con los 34 casos (0.25% del total de 13,733 partos) atendidos de hemorragia posparto en el servicio de Gineco-Obstetricia en el bienio 2011-2012. La paciente típica tiene entre 20-35 años, es mestiza (100%), de procedencia urbana (100%), ama de casa, en unión estable (68%) y con escolaridad media (56%). La mayoría (91%) no reportó patologías previas, pero tuvo Índice de Masa Corporal (IMC) anormal (80%). La mitad salió embarazada sin planificarlo y la mayoría tuvo más de 4 CPN (79%).

Entre los antecedentes obstétricos se reportan: nuliparidad (41%), primigestas (38%), abortos previos (18%), espacio intergenésico inferior a 18 meses (18%) y cesáreas previas (15%). Las patologías del embarazo, parto y puerperio reportadas fueron Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) e Infección de Vías Respiratorias (IVU) (9% cada una), pre eclampsia, infecciones ovulares e infección puerperal (6% cada uno) y parto pretérmino (3%). En cuanto a las características del parto actual, se presentó parto espontáneo (79%), ruptura prematura de membranas (44%), desgarros (32%), menor de 37 SG (20%), placenta incompleta (16%), embarazo múltiple (6%), presentación pélvica (3%), óbitos (3%).

Las principales causas asociadas con la hemorragia posparto fueron hipotonía uterina (53%), desgarros (18%), retención placentaria (6%), acretismo placentario (3%) y otras causas (20%). El 91% presentó anemia secundaria a la hemorragia. En cuanto a calidad de la atención, sólo la mitad tiene exámenes clínicos y de laboratorio completos, se reportó consejería de planificación familiar (100%), uso de analgésicos (97%), uso de antibióticos (94%), extracción completa de placenta (84%), transfusiones (84%), evaluación del partograma (68%), uso de oxitócicos (62%), inducción del parto (50%, principalmente por hipodinamia), episiotomía (41%), cesárea (18%), uso de corticoides (7%). Todos los casos fueron atendidos por médico general. Con respecto a la calidad de llenado fue inadecuada para los antecedentes de la gestación actual (18%), antecedentes obstétricos (11%), admisión del parto (9%) y para el resto de las secciones: enfermedades maternas, consejería, antecedentes personales e identificación (3% cada una).

9 Ortega S, Dávila S. Factores de Riesgo de Morbi-Mortalidad por Hemorragia Post-Parto en Mujeres Nicaragüenses del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de 1 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del año 2012. Tesis Monográfica, UNAN Managua, 2013.

En el departamento de Carazo, Largaespada, Mena y Rivera Laínez (HRSJ, 2013)¹⁰ evaluaron la aplicación del protocolo de hemorragia posparto del MINSA en 25 mujeres (1% del total de partos en el período estudiado) atendidas por esta causa en el servicio de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe (HRSJ), proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La paciente típicamente atendida por esta causa en el HRSJ tiene menos de 20 años (64%), procede del área urbana (84%), labora como ama de casa (96%), la mayoría (72%) sin antecedentes clínicos relevantes y es primigesta (60%). Las autoras confirmaron que la principal causa de hemorragia posparto es la atonía uterina (80%), seguida de inversión uterina (8%), retención placentaria (8%) y desgarros (4%).

La evaluación del cumplimiento del protocolo de manejo y criterios de las normas terapéuticas publicadas por el MINSA en el 2006 indica un buen cumplimiento (86%) e identifica brechas de calidad en aspectos específicos, Referente a los Criterios de control y seguimiento posterior al evento obstétrico de las pacientes, no todos los criterios se cumplieron en un 100%. Los criterios estrictamente cumplidos en 100% de casos fueron: signos vitales, vigilancia del sangrado, estado de conciencia, administración de tratamiento y dieta adecuada. Los criterios que no se cumplieron en 100% fueron: control de ingeridos y eliminados (0%), promoción de lactancia materna (42%) y consejería en planificación familiar (96%). Los criterios de alta cumplidos en 100% fueron: referencia a unidad de salud, ausencia de sangrado, signos vitales en límites normales, herida quirúrgica sin complicaciones. No se cumplió el criterio de hematocrito en nivel normal (46%).

10 Largaespada, I, Mena, C y Rivera Laínez X'. Cumplimiento del protocolo de hemorragia postparto según normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en sala de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido entre junio 2012 a junio 2013. Tesis Monográfica. UNAN Managua, 2013.

III. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la Hemorragia Postparto (HPP) representa la principal causa de mortalidad materna directa, siendo responsable del 25 al 30% de las muertes maternas, al mismo tiempo se le atribuye el 22 al 55% de los casos de morbilidad materna severa en países desarrollados dando como resultado el incremento en la tasa de histerectomía, sepsis, y admisión a UCI. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representa 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. En Latinoamérica, constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, encontrándose como primera causa el Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG).¹¹

En América Latina y el Caribe la mayoría de las hemorragias obstétricas graves que se producen durante las primeras dos horas del parto son una de las principales causas directas de muerte materna (Sandoval & Pérez Olivo, 2013)

Entre los años 2007 y 2008 se realizó una investigación en diversas instituciones latinoamericanas, mostrando como resultados que las principales causas de morbilidad materna grave fueron la hemorragia posparto, los trastornos hipertensivos y el aborto.¹² Nicaragua no es la excepción, la hemorragia posparto representa la causa principal directa de mortalidad materna hasta representar el 46% de los casos (entre el 70 al 90% son secundarios a Atonía Uterina). Estas causas de muerte se encuentran asociadas a la alta tasa de fecundidad, el corto período entre los nacimientos, y la limitada cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva (planificación familiar, control prenatal, partos hospitalarios y puerperio). Por tanto, prevenir la hemorragia posparto constituye una estrategia de gran importancia para reducir la mortalidad materna.¹³

11 Ministerio de Salud. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua, Abril 2013

12 Álvarez Toste Mireya, Hinojosa Álvarez María del Carmen, Álvarez Sergio Salvador, López Barroso Reinaldo, González Rodríguez Guillermo, Carbonell Isabel et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. La Habana, Cuba. Dic., 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es.

13 Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Nicaragua, 2008.

La mayor parte de estas muertes son evitables mediante la realización de acciones ya normadas a nivel nacional que incluyen medidas correctivas que todo el personal de salud (médicos y el personal de enfermería) tienen que realizar hasta el nivel de resolución de cada uno de los que intervienen en el proceso terapéutico, debiendo tener el conocimiento básico como el MATEP; otros casos requieren de intervenciones más profundas, como un adecuado diagnóstico que permita establecer cuándo una hemorragia requiere de acciones concretas, activas y oportunas. Cabe destacar que ante un evento de hemorragia posparto, el desempeño se valora por esta normativa.

Si bien el país ha realizado importantes avances en materia de reducción de las muertes maternas, estimándose un 30% de reducción en los últimos 6 años (MINSA, 2012), la hemorragia posparto continúa siendo el componente más importante de la mortalidad materna.

Por tanto, el presente estudio pretende identificar y dar a conocer las oportunidades de mejora a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud que trabaja en el municipio de Wiwilí en cuanto a la caracterización y manejo de la hemorragia posparto, esto es una acción que los gerentes de programa y como institución deben de realizar, sin embargo, por los costos que tiene y la capacidad técnica está limitada. Este estudio se realizará también con el propósito de brindar recomendaciones que permitan fortalecer y crear nuevos Conocimientos, Actitudes y Prácticas, lo que conllevará a la buena práctica para todo el personal de salud que atienden estos eventos, y así disminuir en gran medida los casos de morbi-mortalidad materna por dicha causa.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las limitaciones que tiene el MINSA, permite que las brechas para reducir la morbi - mortalidad materna no se cumplan como cada año se programan, aun existiendo acuerdos internacionales y retos de obligatorio cumplimiento. Se han encontrado medidas efectivas implementadas en la medicina basada en evidencia creando atenciones protocolizadas y normatizadas, sin embargo, no se ha tenido capacidad para valorar el nivel de aceptación y cumplimiento de todos los protocolos por parte del personal que labora en dichas unidades. También se ha demostrado la justificación de sanciones ante un evento de hemorragia posparto y la evidencia del no cumplimiento de protocolo al momento de la asistencia.

Esto genera la necesidad que como institución deben de ser quienes vigilen y rectoren la capacidad técnica para el manejo, sobre todo, de las complicaciones obstétricas que tienen los trabajadores de salud, no solamente basándose en la auditoria de hechos pasados y documentados en los expedientes de los pacientes, se debe de considerar la visión de prever y entrenar todo el tiempo y a todo el personal. Es parte también de las limitaciones del MINSA que en lugares como Wiwilí el recurso con menos capacidad técnica y de aprendizaje se otorgue responsabilidades por la falta de un médico en la región.

Ante esta problemática es importante visibilizarla para hacer conciencia de investigar;

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre hemorragia posparto que tiene el personal médico y enfermería del Hospital primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre hemorragia posparto que tienen el personal médico y enfermería del Hospital primario Jorge Navarro de Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Caracterizar al personal entrevistado que participó en el estudio.
2. Identificar los elementos de la información y el conocimiento sobre hemorragia posparto en los participantes.
3. Determinar la actitud ante la hemorragia posparto que pueden tener los investigados.
4. Reconocer la práctica frecuente ante hemorragia posparto que realiza el personal entrevistado.

VI. MARCO REFERENCIAL

Una mujer afectada por hemorragia posparto puede fallecer rápidamente (generalmente durante las dos primeras horas) a menos que reciba atención médica inmediata y adecuada. Cada minuto de demora, aumenta las probabilidades de muerte. (Projects, 2006)

La causa más común de hemorragia posparto, es la atonía uterina, la cual comprende una falla en la capacidad de contracción adecuada del útero después de la salida del recién nacido. Es importante tomar en cuenta que independiente de la etiología y factores de riesgo, toda mujer está expuesta a presentar hemorragia posparto.

Definición.

La hemorragia posparto se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal o mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea. (Ministerio de Salud, Abril 2013) También se define como la caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea; así como a toda pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

Generalmente la pérdida es más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas. (WHO, 1990) La cuantificación de una pérdida de 500 cc, es considerada como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno de shock hipovolémico. Cuando la pérdida sobrepasa los 1000 cc de sangre se la clasifica como hemorragia posparto severa.

Etiología.

(Schwarcz-Sala-Duverges, 2005) Después del parto el útero se adapta a la reducción del volumen, retrayéndose sobre la placenta. Como ésta carece de esa propiedad, se establece una desproporción con aquél, la que pone en tensión las vellosidades coriales para separarlas luego. Simultáneamente, las contracciones del útero favorecen esta separación hasta que la completan, con el consiguiente descenso de la placenta a la vagina. Después del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retrae aún más, luego las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y éstos se ocluyen con la formación de trombos. (Projects, 2006)

El inicio de una hemorragia posparto está determinado por la alteración a cualquier nivel de las etapas antes mencionadas, por tanto, su etiología se resumen en 4 pilares principales.

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe :
 - a) Sobredistensión uterina.
 - b) Agotamiento de la musculatura uterina.
 - c) Infección, corioamnionitis.

- d) Anomalía uterina.
- e) Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

- a) Laceración cervico-vaginal.
- b) Prolongación de la histerectomía en la cesárea.
- c) Ruptura uterina
- d) Inversión uterina

3. Retención de restos postparto (Tejido 10 %):

- a) Retención de restos (placenta, membranas).
- b) Alumbramiento incompleto.

4. Alteraciones de la coagulación (Trombina):

- a) Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- b) Alteración adquirida durante la gestación.

Clasificación.

1. Hemorragia post parto inmediata: Es la que se produce en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
2. Hemorragia post parto tardía (o del puerperio propiamente dicho): Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
3. Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
4. Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo de hemorragia posparto se asocian a su etiología, en tal caso, las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

1. TONO (atonía).
2. TRAUMA (desgarros y laceraciones).
3. TEJIDO (retención de restos).
4. TROMBINA (alteraciones de la coagulación).

1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:

- a) Polihidramnios.
- b) Malformaciones fetales.
- c) Hidrocefalia.
- d) Parto prolongado o precipitado.
- e) Multiparidad.
- f) RPM prolongada.
- g) Fiebre.
- h) Miomas uterinos.
- i) Placenta previa.
- j) Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

2. Trauma en músculo uterino:

- a) Parto instrumentado.
- b) Parto precipitado.
- c) Episiotomía.
- d) Mal posición fetal.
- e) Manipulación intrauterina fetal.
- f) Presentación en plano de Hodge avanzado.
- g) Cirugía uterina previa.
- h) Parto Obstruido.
- i) Placenta fúndica.

- j) Tracción excesiva del cordón.
- k) Paridad elevada.

3. Tejido:

- a) Cirugía uterina previa.
- b) Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).

4. Alteraciones de la coagulación(Trombina):

- a) Hemofilia.
- b) Hipofibrinogenemia.
- c) Antecedentes familiares de coagulopatías.
- d) Púrpura Trombocitopénica Idiopática.
- e) Síndrome de HELLP.
- f) Coagulación Intravascular Diseminada (CID): preeclampsia, muerte intrauterina, infección.
- g) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI).
- h) Embolia líquido amniótico.

Fisiopatología de la Atonía Uterina Post-alumbramiento.

Se trata de un cuadro en el que el útero después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.

1. Factores Etiológicos:

A. Actividad contráctil insuficiente del útero para desprender o expulsar la placenta, debido a:

- a) Causas generales: el uso abusivo de drogas sedantes.
- b) Causas locales: malformaciones congénitas, distensión exagerada de la fibra muscular uterina (polihidramnios, embarazo gemelar), la degeneración de la fibra muscular (multiparidad, obesidad, fibromatosis uterina), agotamiento de la

actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica.

- B. Anillos de Contracción**, los cuales se deben a la contractura de una zona circular del útero (en un cuerno, en todo el segmento inferior o abarcando la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo) quedando la placenta retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, lo cual impide que el útero se contraiga y comprima los vasos abiertos.
- C. Distocias Anatómicas o Adherencia Anormal de la Placenta:** la placenta se implanta sobre una decidua basal defectuosa o ausente, por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina; así, se establecen entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos, y no existe el plano de clivaje formado por la decidua, el cual es necesario para que la separación se produzca normalmente, la hemorragia se genera al quedar vasos abiertos sobre el sector penetrante de placenta que queda sin desprenderse. Este proceso puede abarcar de forma total o parcial los sectores de implantación de la placenta. En cuanto al grado de penetración de las vellosidades, éste condiciona 3 variedades de adherencia:
 - a) Placenta Acreta: cuando las vellosidades están firmemente adheridas al miometrio sin penetrar en él.
 - b) Placenta Increta: cuando las vellosidades se introducen en el miometrio pero no lo atraviesan.
 - c) Placenta Percreta: cuando las vellosidades atraviesan el miometrio y llegan hasta la capa serosa.

(Schwarcz-Sala-Duverges, 2005) En cualquiera de los casos anteriores, el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de un útero, que después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo; la consistencia es muy blanda y no se ha formado el Globo de Seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su

consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico. (Schwarcz-Sala-Duverges, 2005)

Métodos Diagnósticos.

1. Biometría hemática completa.
2. Tipo y RH.
3. Tiempo de sangría.
4. Tiempo de coagulación.
5. Tiempo parcial de tromboplastina (TPT).
6. Tiempo de protrombina (TP).
7. Recuento de plaquetas.
8. Glucemia.
9. Urea.
10. Creatinina.
11. Fibrinógeno.
12. Prueba de coagulación junto a la cama.

Tratamiento y Manejo General.

➤ Primer nivel de atención:

a) Durante la Atención Prenatal.

- Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.
- Garantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.
- Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo:
- Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo.
- Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.

- Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.
- Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

b. Durante el Parto:

Prevención de la hemorragia post parto.

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien la hemorragia post parto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto (MATEP):

- a. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.
- b. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
- c. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
- d. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

c. Durante la hemorragia post-parto:

➤ Primer Nivel de Atención

1. Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
2. Canalizar 2 vías con bránula No. 14 o 16.
3. Colocar Sonda Foley, (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina).

4. Administrar líquidos IV a base de cristaloides, como Solución Salina Normal (SSN) 0.9% o Lactato de Ringer 1000 a 2000 ml a goteo rápido para reponer la volemia perdida.
5. Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068.
6. Identificar las causas de la HPP.

➤ Segundo Nivel de Atención

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

1. Mantener a la paciente normo-térmica con las medidas disponibles.
2. Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).
3. Posición de Trendelenburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).
4. Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. Recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.
5. Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 unidades de Paquete Globular de grupo O Rh negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.
6. Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 unidades de plasma fresco congelado (PFC).
7. En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1 Unidad/10 Kg de peso corporal.
8. Realizar pruebas de Biometría Hemática Completa (BHC), plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento.
9. Por cada 6 Uds. de paquete globular transfundir 4 unidades de PFC cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro).

10. Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.
11. Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.
12. Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.
13. Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mmHg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3)
14. Antibioticoterapia en todos los casos de hemorragia posparto: Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre es:

- Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.
- Plaquetas mayores de 75,000.
- TP y TPT menor de 1.5 del control.
- Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.

Tratamiento y Manejo de hemorragia posparto por Atonía Uterina.

1. Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM o IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. Si aún el sangrado continúa agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
2. Masaje uterino continuo.
3. Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
4. Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta

abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP)

(Ministerio de Salud, Abril 2013) Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud de primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya MATEP.

El MATEP (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la HPP. En él se incluyen:

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de Ergometrina IM (si no está disponible la Oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.
2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
3. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

La Oxitocina intramuscular produce contractilidad uterina a los 2 a 3 minutos después de aplicada la inyección, persistiendo el efecto por 2 a 3 horas.

Tensión controlada del cordón umbilical.

Palpe el fondo uterino para investigar contracciones uterinas, vigile el sangrado transvaginal.

- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contra-tracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contra-tracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.
- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la Oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la Oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.

Nunca aplique tensión al cordón umbilical sin determinar la contracción uterina por encima del pubis con la otra mano.

- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (**Maniobra de Dublín**).
- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del Globo de Seguridad de Pinard (GSP). Debe orientarse a la paciente a fin de que continúe practicándose el masaje uterino.

Prueba de Coagulación Junto a la Cama.

(Ministerio de Salud, Abril 2013) Evalúa el estado de coagulación, mediante los siguientes pasos:

1. Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y sin anticoagulante (aproximadamente 10 mm x 75 mm).
2. Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
3. Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo.
4. La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

Maniobras Para el Control del Sangrado Uterino.

A - Compresión Bimanual del Útero. (Ministerio de Salud, Abril 2013)

Preparación de personal.

- Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.
- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.

Actividades previas.

- Equipo descartable para infusión intravenosa, soluciones intravenosas.
- Guantes estériles.
- Lubricante y antiséptico local.
- Ropa de atención del parto.

- Jabón y agua.

Precauciones.

- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

Procedimiento inicial.

1. Observe si hay signos de shock.
2. Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
3. Coloque una vía segura y pasar Solución Salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
4. Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
5. Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
6. Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
7. Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

Uso de Oxitocina.

(Salud M. d., 2014) La oxitocina es una hormona peptídica secretada por la hipófisis posterior que participa en el trabajo de parto y promueve la secreción de leche en las mujeres en lactancia. Durante la segunda mitad del embarazo, el musculo liso del útero muestra un incremento en la expresión de los receptores de Oxitocina y se torna cada vez más sensible al efecto estimulante de la Oxitocina endógena.

(Marco a. González, 2012 - 2013) Estimula la fuerza y frecuencia de la actividad contráctil en el musculo liso uterino, por activación del sistema adenilciclasa y por producir un

cambio de la permeabilidad de la membrana de la célula muscular lisa al sodio y favoreciendo la entrada del calcio.

La Oxitocina se administra por vía intravenosa para inicio y aumento del trabajo de parto. También se puede administrar por vía intramuscular para el control de HPP. Su eliminación es a través del riñón e hígado. Tiene una vida media de 5 min. En pequeñas dosis, produce el incremento de la frecuencia de la fuerza de las contracciones uterinas; en dosis más altas, produce una contracción sostenida.

(Katzung, 2007) Entre sus otras funciones, la oxitocina causa contracción de las células mioepiteliales que rodean los alveolos mamarios, lo que ocasiona la expulsión de leche.

Presentación:

Solución inyectable de 10 UI en ampolla de 1 ml.

Indicaciones:

- Prevención de HPP como parte del MATEP.
- Tratamiento de HPP o Hemorragia Postaborto.
- Inducción del parto como alternativa al Misoprostol.

Contraindicaciones:

Desproporción cefalopélvica, contracciones uterinas hipertónicas, obstrucción mecánica del parto, sufrimiento fetal, cualquier otra condición donde el parto vaginal es desaconsejable (presentación anómala, placenta previa, abrupto placentae, prolapso de cordón, predisposición a ruptura uterina como el embarazo múltiple, polihidramnios, gran multiparidad y presencia de cicatriz uterina por cirugía mayor, incluyendo cesárea), preeclampsia grave o enfermedad cardiovascular grave.

Precauciones:

Para inducción del parto: cuidado especial en casos límites de desproporción cefalopélvica, hipertensión gestacional o enfermedad cardíaca leve o moderada; mayores de 35 años o antecedentes de cesárea segmentaria baja; en caso de óbito o líquido amniótico meconial, en bloqueo anestésico caudal. Mantener vigilancia estricta sobre la velocidad de infusión, frecuencia cardíaca fetal y contractilidad uterina. Nunca administrar bolo IV durante el parto. Se debe de interrumpir de inmediato en caso de hiperactividad uterina o sufrimiento fetal. La administración prolongada de altas dosis de oxitocina con grandes volúmenes de líquido, puede causar sobre hidratación con hiponatremia; para evitarlo, use diluyentes con electrolitos (no glucosada), aumente las concentraciones de oxitocina para reducir los líquidos, restrinja la ingesta de líquidos y vigile líquidos y electrolitos.

Dosificación:

- Prevención de la HPP (MATEP): IM, 10 UI al momento de la expulsión del hombro anterior o inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes de la salida de la placenta. Si la paciente está canalizada administrar más bien IV, 5 UI lenta en vez de la vía IM.
- Tratamiento de hemorragia en la segunda mitad del embarazo (postparto): administrar 500 ml de SSN al 0.9% IV más 20 UI de oxitocina, a 2 miliUI por minuto, modificar cada 30 min, según respuesta.
- Tratamiento de hemorragia en la primera mitad del embarazo (postparto):
 - Si el embarazo es menor de 12 semanas, la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: administrar 20 UI en 500 ml de SSN al 0.9% a 40 gotas por min y modificar según respuesta.
 - Si el embarazo es mayor de 12 semanas: administrar 40 UI en 1000 ml de SSN al 0.9% o Ringer, iniciando a 40 gotas por min, modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto.
- Inducción o conducción del parto: infusión IV, (no iniciar antes de 6 horas de administrado misoprostol) dosis inicial: 1 - 2 mUI/min, aumentando en 1 - 2 mUI/min a

intervalos de 30 min, hasta un máximo de 3 - 4 contracciones en 10 min; velocidad máxima 2 mUI/min.

Efectos Adversos:

Náuseas, vómito, arritmia, dolor de cabeza, espasmo uterino (puede producirse a dosis bajas), hiperestimulación uterina (usualmente con dosis excesivas puede haber sufrimiento fetal, asfixia y muerte o hipertonía, contracciones tetánicas, lesión de tejidos blandos o rotura uterina), intoxicación acuosa e hiponatremia asociada a dosis altas e infusiones de grandes volúmenes.

Uso de Ergonovina.

La Ergonovina es un uterotónico derivado de los alcaloides del cornezuelo de centeno, los cuales son producidos por el hongo *Claviceps purpurea*.(Katzung, 2007) Su potente efecto estimulante sobre el útero está estrechamente relacionado con los efectos agonistas parciales sobre los receptores alfa adrenérgicos y de dopamina. (Salud, 2014)

Presentación:

Solución inyectable de 0.2 mg (200 mcg/mL), ampolla de 1 ml.

Contraindicaciones:

Inducción del parto durante el primer y segundo estadio, enfermedad vascular, Hipertensión Arterial (HTA), enfermedad cardíaca grave (especialmente angina de pecho), alteración hepática e insuficiencia renal, sepsis y eclampsia.

Precauciones:

Por su respuesta vasomotora, la cual produce un aumento en la presión arterial de hasta 20mmHg, no debe utilizarse IV en pacientes con hipertensión, enfermedad cardíaca, insuficiencia hepática o renal, gestación múltiple.

Dosificación:

- Prevención y tratamiento de HPP, cuando la oxitocina no está disponible: 0.2 mg (200 mcg) IM, después de la salida del hombro anterior o inmediatamente después de la salida del bebé.
- Sangrado uterino excesivo: 0.2 - 0.4 mg (200 - 400 mcg) IM o IV lento (no menos de 1 min).

Efectos Adversos:

Frecuentes: náuseas, vómitos, cefalea, mareo, tinnitus, palpitaciones, dolor abdominal, dolor torácico, bradicardia, HTA transitoria, disnea, y vasoconstricción.

Muy raro: Accidente Cerebro Vascular (ACV), infarto al miocardio y edema pulmonar.

Uso de Misoprostol.

(Salud M. d., 2014) El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1.

Presentación:

Tableta de 200mcg, tableta de 25mcg.

Indicaciones:

- De primera elección para la maduración del cuello uterino e inducción del trabajo de parto de preferencia por vía oral.
- Prevención de la HPP, cuando la oxitocina o Ergometrina no está disponible.
- Tratamiento de la HPP, como alternativa a la oxitocina.
- Manejo del aborto.
- Alternativa en el tratamiento de úlcera benigna del duodeno o estomago (incluyendo úlcera por Antiinflamatorios No Esteroideos-AINE) y prevención de úlcera por AINE.

Contraindicaciones:

Placenta previa, sangrado vaginal inexplicable durante el embarazo, ruptura de membranas, desproporción cefalopélvica, presentaciones distócicas, historia de cesárea previa o cirugías uterinas mayores, infecciones intrapélvicas, gran multíparas o embarazos múltiples.

Precauciones:

La dosis inicial, el intervalo entre dosis y la dosis máxima varían considerablemente debido a una respuesta individual. Nunca administrar junto con oxitocina o dentro de un mínimo de 6 horas de haber usado oxitocina.

Dosificación:

Para la administración vaginal, la tableta se coloca en posición alta en el fondo del saco posterior de la vagina.

- Inducción del parto: la OMS recomienda usar de preferencia la vía oral 25mcg PO cada 2 horas y como alternativa 25mcg vía vaginal cada 6 horas.
- Prevención de la HPP: 600mcg PO u 800mcg sublingual.
- Tratamiento de la HPP: 600mcg PO, sublingual o rectal según la condición de la paciente.
- Aborto:

- Aborto en curso, inevitable o incompleto:

<12SG: 800mcg por vía vaginal.

13 - 17SG: 200mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.

18 - 26SG: 100mcg por vía vaginal, repetir a las 4 horas si es necesario.

- Aborto frustrado, diferido o huevo muerto retenido y en el embarazo anaembriónico: 800mcg vía vaginal dosis única o 600mcg sublingual.
- Aborto séptico, si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado: 400mcg PO, repetir a las 4 horas si es necesario.

- Postlegrado: 400mcg rectal, repetir a las 4 horas si es necesario.

Efectos Adversos:

Hiperestimulación uterina, ruptura uterina, sufrimiento fetal. Menos frecuentes: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, flatulencias, dispepsia, rash cutáneo y vértigo.

Complicaciones.

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Infertilidad.

Criterios de Traslado por HPP a otra unidad de mayor resolución.

- I.** Carencia de recursos humanos calificados.
- II.** Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.
- III.** Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.
- IV.** Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está atendiendo.

Criterios de Alta.

- Ausencia de sangrado anormal.
- Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.
- Signos vitales en límites normales.
- No hay signos de infección.
- Herida quirúrgica sin complicaciones.
- Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
- Consejería y oferta de método de planificación familiar.

- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:
- Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio.

Descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo.

7.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital primario Jorge Navarro de Wiwilí - Jinotega ubicado en el casco urbano del mismo municipio, a 300 kms de la capital Managua parte norte del país, con una población total de 71.843 habitantes. Precisamente aunque el personal de salud; médicos y enfermeras que atienden cuidados obstétricos y atención del parto trabajan en otras unidades la mayoría llegan a trabajar en el hospital primario. Dicho hospital tiene una capacidad de atención mensual por problemas obstétricos en promedio de 60 a 110 mujeres.

7.3 Población de estudio

Fueron todos los médicos y personal de enfermería que laboran en la atención obstétrica del Hospital Primario Jorge Navarro – Wiwilí. En total son: 6 médicos generales, un Ginecobstreta, 18 médicos en servicio social, 8 enfermeras y 20 auxiliares, lo que suma un total de 53 trabajadores a estudiar. Pero como la participación era voluntaria, accedieron 36 de ello representando el 68% de todos.

7.4 Muestra

La muestra fue por conveniencia, en un inicio se planteó incluirlos a todos pero como es voluntaria la participación solo fue posible entrevistar a 36 que laboran en el Hospital como en 1 de los 7 Puesto de Salud del municipio.

7.5 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron al personal profesional mencionado anteriormente que labora en el servicio de maternidad en el momento del estudio, independientemente de los años que tenga de trabajar, que haya sido o no capacitado previamente, de ambos sexos, de diferentes edades y que explicándoles la importancia del estudio así como la forma en que se recolecta la información accedieron a ser partícipes de la entrevista.

Exclusión

Se excluyeron a los que no desearon ser participe o hayan desistido de llenar el cuestionario de preguntas que se les entregó y los que no cumplen con los criterios de inclusión.

7.6 Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento desde hasta la edad cumplida en años		Años	18-27 años 28-37 años 38 y +años
Sexo	Evidencia fenotípica que caracteriza a un individuo y lo diferencia		Evidente	Masculino Femenino
Profesión	De acuerdo a nivel de certificación académica legalmente constituido		Certificación académica	Médico Ginecobstetra Médico general Médico en servicio social Enfermera Licenciada en enfermería Enfermera obstetra Auxiliar de enfermería
Tiempo de laborar en atención obstétrica	El tiempo transcurrido de ejercer la profesión en el área específicamente de Ginecobstetricia		Años	≤ 1 año 2 a 5 años 5 a 10 años > 10 años
Capacitado en complicaciones obstétricas	Personal que por acciones institucionales se realizan capacitaciones especifica del manejo de la hemorragia posparto		Número de veces por año	Ninguno 1 a 2 veces 3 y mas
Conocimiento sobre la Hemorragia Post parto	El conocimiento general que tienen los profesionales que laboran en la atención a la embarazadas y sobre el manejo y	Conocen	Definición de HPP La causa más	Perdida hemática en el parto y en la cesárea. + 500 c.c. en parto + 1000 c.c. en la cesárea Desgarro cervical.

	prevención de la hemorragia posparto que en relación al número de preguntas reconocidas acertadamente permite identificar el nivel de conocimiento de la norma		<p>frecuente de hemorragia postparto</p> <p>La hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en países en vías desarrollo.</p> <p>La muerte por Hemorragia Post parto ocurren más frecuentemente en las primeras 4 hrs</p> <p>La muerte materna por Hemorragia post parto en su mayoría son evitables.</p> <p>Los Factores de riesgo para la Hemorragia Post parto tienen que ver con las 4 T</p> <p>Sangrado leve que continua después 12 hrs del parto.</p> <p>Dolor Abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal.</p> <p>No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después</p>	<p>Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p>
--	--	--	---	--

			<p>del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo.</p> <p>Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído.</p> <p>Sangrado en sitios de punción. No formación de coágulos sanguíneos y con las medidas para tratar la hemorragia posparto no mejora</p> <p>No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso</p> <p>Una de las principales medida de la prevención de muerte por hemorragia posparto es la identificación de factores de riesgo y posteriormente MATEP</p> <p>Los tres paso de realizar en el MATEP son: aplicación de Útero tónico al</p>	<p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Desgarro cervical. Rotura uterina Atonía uterina. Coagulopatía materna.</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	--	---	--

			<p>momento de la salida del hombro, pinzamiento temprano del cordón, Tracción Controlada del Cordón</p> <p>Cuál de las siguientes actuaciones no se realiza ante una hemorragia postparto por atonía uterina</p> <p>La clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo.</p> <p>Para prevenir la hemorragia posparto se aplica 10 UI IM de oxitocina después del alumbramiento</p> <p>La hemorragia posparto según su causa (atonía uterina) debe pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades</p>	<p>Masaje uterino bimanual Reposición de la volemia. Administración IM de metil-ergonovina (Methergin) con paciente hipotensa Administración de oxitocina en perfusión Taponamiento vaginal con gasas para frenar la hemorragia.</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	--	--	---

			<p>de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto).</p> <p>Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.</p> <p>El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre por hemorragia post parto</p>	<p>Si No</p> <p>Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl Plaquetas mayores de 75,000. TP y TPT menor de 1.5 del control. Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.</p> <p>Poco conocen Regularmente conocen Bastante conocen</p>
Actitud sobre la prevención y manejo de hemorragia posparto.	Conjunto de sentimientos que constituyen una predisposición favorable o desfavorable o tendencia hacia algo determinado en función de prevenir y tratar la	<p>Aspectos cognoscitivos</p> <p>Aspectos afectivos</p> <p>Aspectos conductuales en relación que ayude a prevenir y</p>	Grado de acuerdo	<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p> <p>En duda</p>

	hemorragia posparto y sus complicaciones que en relación a la cantidad de indicadores evaluados por el grado de acuerdo o desacuerdo	manejar la hemorragia posparto así como sus complicaciones	Índice sumatorio menor 42 Índice sumatorio mayor 42	Actitud desfavorables
		Predisposición		Actitud Favorable
Prácticas o conducta sobre la prevención y el manejo de la hemorragia posparto	Son todos aquellos aspectos que realizan el personal profesional en salud que durante el cuidado de las embarazadas predispone a prevenir en el parto la hemorragia y la atención en el momento que exista, también que ayude a prevenir complicaciones y disminuya el riesgo de morir por la hemorragia posparto	Práctica	<p>Cuántas veces han tratado una hemorragia posparto.</p> <p>En un parto normal como ayuda a extraer al recién nacido.</p> <p>Donde coloca al Recién nacido</p> <p>Cuanto tiempo en minutos que espera para extraer la placenta</p> <p>Cada cuanto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino</p> <p>En qué momento pinza y corta el cordón umbilical</p>	<p>Nunca 1 a 3 veces 4-5 veces</p> <p>Protegiendo periné y la expulsión espontanea Realizando Kristeler Otro tipo de maniobra</p> <p>En la cicatriz umbilical de la madre En cualquier otro lugar</p> <p>Menos de 15 15 a 30 Hasta 45 Mayor de 45</p> <p>Cada 15 min por 2 horas Otra referencia</p> <p>Al dejar de pulsar 2-3 minutos Otras referencia</p>

			<p>Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta</p> <p>De qué manera se asegura un diagnostico precoz de hemorragia posparto después del alumbramiento</p> <p>Cuánto tiempo da para reanimar medicamente una paciente hemorragia posparto</p> <p>Cuándo tomas muestras para exámenes de laboratorio</p> <p>Qué exámenes solicita</p> <p>En caso de hipotonía Uterina qué hace</p> <p>Qué dosis aplica de oxitocina en caso de hemorragia posparto</p>	<p>Maniobra de Dublín Otras referencia</p> <p>Valoro Tono Valoro Tejido Valoro placenta Valoro Sangrado</p> <p>Menos 1hr 1hr Más de 1hr</p> <p>Al momento de la reanimación No toma Otra referencia</p> <p>HTO Tipo RH, pruebas cruzadas TP TPT, Fibrinógeno plaquetas Otra referencia</p> <p>Pido ayuda Acceso a vía endovenosa en ambos brazos Masaje Otra referencia</p> <p>Aplicación de uterotónico pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por</p>
--	--	--	--	--

			<p>Qué realiza para mejorar la volemia</p> <p>Cuándo decide Transfundir</p> <p>La razón de intervenir quirúrgicamente por hemorragia posparto cuál es</p> <p>Índice sumatorio de repuesta acertadas correctamente</p>	<p>minuto). Otra referencia</p> <p>Transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas infundir solo solución salina o Hartman</p> <p>Cuando no se mejora la hipoperfusión</p> <p>Cuando el manejo médico no dio respuesta satisfactoria</p> <p>Mayor de 10 puntos</p>
Elemento de la información	<p>Todo lo que caracteriza al ámbito relacionado a la forma, contenido y la frecuencia en que se informa el personal de salud sobre hemorragia posparto y sus complicaciones</p>		<p>Recibe información</p> <p>Quienes les enseñan más sobre este tema.</p> <p>Toma información</p> <p>El contenido de la información más que recibe</p>	<p>Frecuentemente A veces Nunca</p> <p>El mismo gremio Especialista en la materia</p> <p>Internet Conferencia Documento escrito</p> <p>Manejo Prevención Magnitud del problema</p>

7.7 Obtención de la información

Fuente de información.

Fue primaria, tomada de los mismos profesionales que nos brindaron la información a través del llenado del cuestionario de preguntas formuladas previamente.

7.7.1 Técnica de Recolección de la información.

Para lograr los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información para obtener datos como las características de la población en estudio el conocimiento, actitud y practicas básicas generales sobre el diagnóstico oportuno, la prevención y manejo de la hemorragia posparto y sus complicaciones, a través de reconocer los elementos que contienen la norma para el manejo de las complicaciones obstétricas de Nicaragua (Ministerio de Salud, Abril 2013).

Una vez establecido el instrumento se realizó prueba piloto en 5 profesionales diversos que laboran en la atención obstétrica de las mujeres. Dicho instrumento contenía preguntas abiertas y cerradas, para no tener muchas divergencias en la información recolectada las preguntas abiertas sus repuestas eran específicas según la norma que el personal debería reconocer sobre la prevención y manejo de hemorragia posparto.

7.7.2 Procesamiento y análisis de la información.

La información fue procesada electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 21.0 para Windows. La información se presenta en cuadros y gráficos contruidos por el programa computarizado de Word, Power Point para Windows.

Para el conocimiento se elaboraron 15 preguntas 10 de ellas sus repuestas fueron dicotómicas en “sí o no” donde todas son establecida de manera correcta de realizar, el resto de pregunta están estructuradas de manera que identificaran la opción correcta que conoce, en total tenían que reconocer y dar 23 repuestas. Al final nos permitió determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre la prevención y el manejo de hemorragia posparto basado en el índice sumatorio, que está basado en que si la persona evaluada contestaba menos de 7 preguntas correctamente se dice que tiene poco conocimiento, si contestaron 7 a 10 conocen regularmente y si contestaron más de 10 tenían bastante conocimiento.

En relación a la actitud como último análisis, identifica si esta “favorece” o “desfavorece” las prácticas de prevención y el manejo de la hemorragia posparto, así como para evitar las complicaciones que depende las conductas individuales de los profesionales que laboran en el servicio.

El método utilizado fue a través de la escala de actitud tipo Likert, el señalamiento a cinco posibles respuestas, que son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En duda, En desacuerdo Totalmente en desacuerdo. Para su presentación se dejó en tres proposiciones que son totalmente de acuerdo, totalmente en desacuerdo y duda.

Existen 14 preposiciones en su mayoría de manera positiva exceptuando dos de ellas que son 26, 27 estas están estructuradas de manera negativa. De acuerdo a esto se estableció que las 13 preposiciones positivas el mayor puntaje al coincidir obtendrán 5 puntos mientras que al rechazarlas será 1. En el caso de las preguntas negativas al rechazarla obtuvieron el mayor puntaje y afirmalas tuvieron 1 punto.

El índice sumatorio en este caso fue 70 lo máximo y mínimo 14 puntos. La clasificación última se estableció así; menor o igual de 42 puntos, la actitud era desfavorecedora para la prevención y manejo de HPP. Mientras que al obtener mayor a 42 fue favorable.

En relación a la práctica la descripción va señalada a los correctos procedimientos que se debe de hacer al momento de la atención del parto que permite la reducción de los riesgos de presentar HPP o bien lo que se debe de realizar de manera protocolizada para tratarla. Hay 16 preguntas abiertas, fácil de responder por parte de quien conozca la norma. Se consideró que al contestar más de 10 pregunta el nivel de conducta fue adecuado para prevenir y tratar dichos eventos.

Al final del instrumento se pregunta los elementos de la información que permitan reconocer de donde se informan, la frecuencia y el medio de información que utilizan para informarse.

7.8 Variables y cruces de variables

1. Edad
2. Sexo
3. Profesión
4. Tiempo de laborar en complicaciones obstétricas
5. Capacitado en complicaciones obstétricas
6. Características generales del profesional entrevistado vs. Conocimiento sobre la hemorragia posparto
7. Características generales del profesional entrevistado vs. Actitudes sobre la hemorragia posparto
8. Características generales del profesional entrevistado vs. Práctica sobre la prevención y manejo hemorragia posparto.
9. Conocimiento sobre la HPP vs. Actitudes sobre la hemorragia posparto.
10. Conocimiento sobre la HPP vs. Práctica sobre la prevención y manejo hemorragia posparto.
11. Actitudes sobre la HPP vs. Práctica sobre la prevención y manejo hemorragia posparto.

7.9 Aspectos éticos de la investigación.

A todos los profesionales se les solicitó su participación voluntaria en el estudio, que fue confirmada con el llenado de la hoja de consentimiento informado, se les explicó la importancia de este estudio y los beneficios del mismo. También se les dijo que la información que se obtuviera sería anónima, y de uso solo para los investigadores, además se guardó el mayor respeto posible y la confidencialidad, y diversidad de opinión que ellos tuvieron al respecto.

VIII. RESULTADOS

El 69.4% del personal médico y de enfermería incluidos en el estudio tenían edades de 18 a 27 años y el 69.4% eran del sexo femenino. El personal Auxiliar 36.1% son quienes más conforma el personal de salud de esta unidad asistencial seguido del 27.8% de Licenciadas

en Enfermería y el 25% Médicos en servicio social. El 44.4% dijeron tener de 2 a 5 años de laborar en este hospital primario pero la mayoría (47.2%) tienen menos o igual a 1 año de hacerlo. El 63.9% de los incluidos en el estudio refirieron no haber sido capacitados sobre prevención y manejo de la HPP durante el tiempo que tienen de laborar. (Ver tabla 1).

Al investigar sobre los elementos de la información acerca de la hemorragia post parto que tienen los entrevistados se encontró que el 58.3% a veces se informan y el 80.6% refirió que han sido los médicos especialista en Ginecobstetricia los que más le informan. El modo más frecuente de obtener información dijeron el 55% que es documento escritos y el contenido de la información señalaron el 61.1% que es sobre el manejo de la hemorragia post parto. (Ver tabla 2).

De lo investigado sobre el conocimiento que tienen acerca del manejo y la prevención de la HPP el 94.4% señalaron que la muerte materna por esta patología en su mayoría es evitable. El 80.6% identificó que los factores de riesgo para la HPP tienen que ver con las 4T nemotécnicamente. Además el 77.8% dijeron conocer que la HPP es la principal causa de muerte materna en países en vías de desarrollo. Otro dato importante que conoce el 75% de los entrevistados es que la hemorragia posparto ocurre de una forma más frecuente en las primeras 4 horas.

El 75% de los investigados reconocen el tiempo estipulado para la expulsión de la placenta, sin embargo, el 63.9% saben reconocer a las pacientes con ruptura uterina y atonía uterina. Elemento poco conocido que se evidenció en el 11.1% del personal de salud es reconocer que el sangrado leve que continúa después de 12hrs del parto es por retención de restos placentario y el 55.6% señalaron que la causa más frecuente de HPP es por Atonía Uterina. También se demuestra que solo 66.7% conocen la definición de la HPP. (Ver tabla 3).

Como datos importantes es que el 100% sabe que la prevención de muerte materna por HPP es a través de la identificación de los factores de riesgo y posteriormente el MATEP. El 91.7% conocen la dosificación de la Oxitocina en infusión continua para tratar esta eventualidad. Sin embargo, solo el 75% conocen que para prevenir la HPP se aplican 10ui IM de oxitocina después del alumbramiento y el 61.1% conocen que si hay signos de

hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia es necesario transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas.

Otro dato que debe tomarse en consideración es que solo el 19.4% de los investigados conocen la clasificación del shock y menos del 50% conocen el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangre. (Ver tabla 4).

La actitud evaluada en 86.1% de médicos y enfermeras están de acuerdo que siempre consideran alertar cuando hay paciente con HPP en la sala de labor y en puerperio para recibir ayuda. También se notó que 75% comprenden que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficientes o no hay personal entrenado. Pero también se identificó que el 69.4% les desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical y el 61.1% creen que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la HPP. Otra situación fue que el 63.9% consideran que la perdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto se asocian a HPP. El 27.8% de los encuestados tiene una actitud positiva en relación al uso del misoprostol como opción alternativa a los uterotónicos. (Ver tabla 5)

Al evaluar las prácticas el 52.8% del personal médico y de enfermería nunca han atendido una hemorragia posparto. El 38.9% lo han realizado 1 a 3 veces. Se identificó que 8.3% mencionaron que ayudan a extraer al producto protegiendo el periné materno, sosteniendo al RN, ayudándole a salir lentamente cuidando salida de cabeza, mentón y hombros. De estos, el 44.4% lo ubican en el vientre materno y el 2.8% en la cuna térmica. El 19.4% señalo que espera para extraer la placenta 15min con MATEP y 30min espontaneo. Al preguntarles cuanto tiempo le indican a la púérperas que se realicen masaje uterino 13.9% afirmo que Cada 15 minuto por 2hrs.

Otro dato importante que debe referirse es que el 47.2% pinzan tardíamente el cordón umbilical y 8.3% extraen la placenta con la técnica adecuada (Maniobra de Dublín) (Ver tabla 6).

Refirió solo un recurso de salud que la forma que se asegura un diagnóstico precoz de HPP después del alumbramiento es valorando los factores de riesgo previamente y el globo de seguridad de Pinard. Al preguntar que hacen en caso de hipotonía uterina, se logra evidenciar que el 22.2% dijeron masaje uterino externo y aplicación de uterotónico y 5.6% dijo canalizar en dos vías y administrar liquido con fármacos útero tónicos.

Se logra evidencia que al preguntar cuál es la dosis al aplicar Oxitocina para tratar la HPP el 13.9% dijeron que aplican 20iu de este fármaco mas 1000cc SSN 0.9% a 40gtas x min. Hay 25.0% del personal de médicos y enfermera que señalaron que transfunde cuando la hemoglobina es menor de 8grs. Solo el 5.6% de los investigados conocen que es criterio quirúrgico la hemorragia posparto refractaria al tratamiento. (Ver tabla 7).

Al evaluar el índice sumatorio del nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería, el mayor grupo está ubicado en el nivel regular 16 de ellos. Donde el 27.8% son las mujeres, el 19.4% auxiliares de enfermería, y el 22.2% con 1 o menos de un año de laborar en el hospital primario. El 22.2% y el 27.8% del personal entrevistado que tienen poco y regular conocimiento no han sido capacitados. (Ver tabla 8).

El índice sumatorio de la actitud identificada, en su mayoría 26 de ellos es desfavorable para prevenir y manejar la HPP. Encontrando actitudes desfavorables en 52.8% del personal femenino, 25.5% de las auxiliares de enfermería y en 36.6% de los que tienen 1 o menos de un año de laborar, sin embargo, predominó la actitud desfavorable en 8.3% de los que tenían 5 a 10 años de trabajar en la unidad asistencial. Casi el mismo porcentaje 33.3 y 38.9% entre los que han sido o no capacitado tiene actitud desfavorable. (Ver tabla 9).

Cuando se relacionó el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes con el hecho de haber atendido alguna hemorragia post parto, fue evidente que el 25% de los que habían atendido tenían bastante conocimiento contrario a los que no lo habían hecho, que su conocimiento era regular, el grupo de los que tenían poco conocimiento el 27.8% también no habían atendido ninguna HPP. Como hay un amplio predominio de la actitud desfavorable casi hay el mismo porcentaje 33.3% y 38.9% el que haya o no atendido una HPP. (Ver tabla 10).

El índice sumatorio relacionado a la práctica considerada adecuadas o inadecuadas de realizar para la prevención y el manejo de HPP, el 11.1% tienen tendencia adecuada con bastante conocimiento mientras que 30.6 y 44.4% las tendencias son inadecuadas con poco y regular conocimiento.

Este mismo índice al compararlo con el de la actitud fue evidente que el 63.9% que tienen una tendencia inadecuada fue desfavorable pero sin embargo 8.3% de los que tenían prácticas adecuada también su actitud fue desfavorable. (Ver tabla 11).

IX. DISCUSIÓN

La obligación del cumplimiento de la norma para el manejo de las complicaciones obstétricas está acordado para la institucionalización de los sistemas de salud público y privado que garanticen prácticas de salud segura, efectiva y eficaces, menos costosas y que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna (MINSA - Nicaragua, 2013). Involucra a todos de acuerdo al nivel de competencia técnica de cada uno de los miembros de dichas instituciones, de igual manera en el Hospital Primario Jorge Navarro de Wiwili donde el mayor número de recurso son médicos en formación y auxiliares con poco tiempo de laborar y sin ser capacitados, estas situaciones no los exime de responsabilidad para su aplicación y ante un evento de muerte materna que llega a ocurrir, se realiza la auditoria de los expedientes bajo los parámetros descrito para la prevención y el manejo.

Es preocupante esta situación porque los resultados del estudio demuestran que debe elevarse el nivel de competencia de los recursos si se pretende reducir la mortalidad en esta región del país. Es obvio que los mayores indicadores de mortalidad que tienen estos municipios, no es por casualidad. Además que existe un contexto económico y social que genera dificultad de acceso a la salud a quienes más lo necesitan. Pero según lo evaluado la capacidad técnica de los recursos de salud se puede elevar sin generar tantos gastos.

La evaluación de la capacidad técnica y de la aplicación correctamente de la norma es competencia del MINSA a través de gerentes y responsables de programa en cada institución, lo que posiblemente en esta unidad asistencial no se realice, ya que se observa según los resultados la falta de capacitación, el desinterés de cada uno de los recurso de informarse científicamente sobre este tema, que es muy frecuente en esta región del país donde las cifras son de 109 x 100.000 nacidos vivos, la incidencia de muerte materna y en el año anterior ocurrieron 3 muerte materna por causa de HPP por Hipotonía Uterina. (Minsa Wiwili, 2014 - Mayo 2015).

Las debilidades encontradas sobre el conocimiento están relacionadas al reconocimiento del evento e inclusive como prevenirlo, también se identifica falta de conocimiento a lo relacionado que hacer en casos que la HPP se va complicando, es obvio que esto determine que el nivel de competencia que tienen en su mayoría es regular a poco conocimiento. Esta situación es similar a los resultados de otro estudio realizado por Toledo en el hospital

Asunción de Juigalpa año 2013 (M.A, 2013) donde se identificó que había debilidades en el personal médico para identificar, diagnosticar y clasificar HPP. Obviamente que el conocimiento permanente de elementos específicos que puedan persistir debe ser por la capacitación continua y la búsqueda de la información autodidacta todo el tiempo y la aplicación en la práctica. La HPP no es una situación de cinco o más veces en el día, sin embargo, debe de haber entrenamiento práctico todo el tiempo, simulaciones, más en este personal de salud donde más de la mitad no han tenido la experiencia de tratar con algún caso.

Lo que se refiere anteriormente es que una proporción del personal no respondió correctamente en el conocimiento y la práctica como; definir y clasificar HPP, el manejo del tercer periodo del parto, la aplicación de oxitocina para prevenir la HPP que es diferente en el uso para tratar la hemorragia e incluso algunos dijeron ser aplicada en infusión continua combinada con SSN 0.9%, lo que no corresponde con lo documentado, además reafirmaron la falta de conocimiento con el tipo de repuesta que dieron de las preguntas en situaciones prácticas.

La mayoría de los participantes que dieron repuestas incorrectas o que no conocían fueron los recurso en formación y de poca capacidad técnica como las auxiliares de enfermería, por tanto es evidente que en ellos se pueda observar este problema, pero es necesario visibilizarlo para actuar a lo inmediato en mejorar las debilidades encontradas para superarlas.

Las preguntas utilizadas para valorar la actitud como el desagrado de esperar para extraer la placenta que fue contestada afirmativamente por un buen porcentaje de los recursos permite considerar que es un punto lógicamente estresante para ellos, que atiende el parto un desenlace que puede ser fatal, no se cree que sea el hecho de querer terminar todo el proceso de una sola vez, por la carga de trabajo que tienen que resolver, sin embargo, deben de motivarse los correctos procedimientos. También se debe orientar la consideración de cada una de las etapas del trabajo del parto y el hecho importante de ayudar y no apurar la expulsión del producto, que dicho acto debe de ser con la mínima intervención del personal de salud.

Al investigar la actitud sobre la prevención y manejo de HPP quedó demostrado un alto grado de incertidumbre a las preguntas planteadas, a pesar de que las repuestas estaban dadas al evaluar el conocimiento previamente, lo que demuestra que muchos que afirmaron su duda es principalmente a la falta de dominio sobre la prevención y el manejo de la HPP. Es importante reconocer que muchos dijeron no ser capacitados y no se informan de manera autodidáctica; se sabe que los cambios de actitud están sujetos al amplio conocimiento que se debe tener del tema en cuestión, además que depende del tiempo y la experiencia con que se va desarrollando su desempeño laboral.

Muchos estudios realizados en los hospitales de Nicaragua señalan que la principal causa de HPP es la hipotonía uterina, y se logró identificar al cuestionar la práctica de los recursos incluidos en el estudio que solo uno fue capaz de responder correctamente que la identificación de los factores de riesgo e investigar el globo de seguridad de Pinard le permitirá realizar un diagnóstico precoz de HPP relacionado a hipotonía uterina. Otro fue que se encontró a una buena parte que refirió incorrectamente la actuación de qué hacer en caso de hipotonía uterina, y las dosificaciones de Oxitocina, la cual muchos no la conocen.

Al final es notorio la correlación conjunta entre el poco conocimiento, la actitud desfavorable y las prácticas inadecuadas; evidencia de una pobre capacidad técnica que dé respuesta en caso de prevenir y manejar las HPP que puede haber en el Hospital primario Jorge Navarro.

X. CONCLUSIONES

1. Según los resultados encontrados, el personal que labora en el Hospital Primario Jorge Navarro de Wiwilí en su mayoría son recursos en formación con poco nivel de competencia, poco tiempo de laborar, y con necesidad de ser capacitado en el manejo de la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto y debe de ser la institución de salud que garantice la sistematización de la misma.
2. El nivel de conocimiento de los participantes entrevistados en su mayoría es regular al encontrar debilidades sobre reconocer la definición, clasificación y el momento en que se puede presentar hemorragia posparto, los criterios de transfusión e intervención quirúrgica. Estos resultados se relacionan con el nivel de competencia que tienen, ya que el menor número de recurso de salud que fueron los médicos generales y enfermeras obstetra demostraron tener bastante conocimiento sobre el manejo de la hemorragia posparto.
3. La actitud desfavorable para prevenir y manejar la hemorragia posparto está presente en más del 70.0% de la población estudiada y obviamente esto es producto que el personal entrevistado demostraron muchas dudas sobre las aseveraciones que tienen que ver más con el cumplimiento de la terapia al momento de iniciar la hemorragia posparto y al irse complicando. Y como en el resultado del conocimiento el mayor número de recursos de salud entrevistados fueron los médicos en formación y auxiliares de enfermería se relaciona al mayor grado de actitud desfavorecedora.
4. Más de la mitad de los entrevistados no han tenido nunca la experiencia de atender una hemorragia posparto. Y la indagación de la práctica en el resto de los incluidos en el estudio demostró que la tendencia es inadecuada y que se relaciona al poco conocimiento, a la actitud desfavorable e inclusive al hecho de no haber atendido un evento de hemorragia posparto.

XI. RECOMENDACIONES

1. A nivel del área de planificación y servicio de salud como de docencia del SILAIS Jinotega deben de garantizar elevar el nivel técnico a través de educación y capacitación continua de la norma de prevención y manejo de la HPP. a nivel del hospital primario Jorge Navarro de Wiwili. Insistir en la participación de todo el personal médico y de enfermería e incluso la obligatoriedad en las evaluaciones sistemáticas que pueda dar pauta para brindar una mejor calidad.
2. A nivel del Hospital primario Jorge Navarro el responsable de la capacitación debe de organizarla con prácticas simuladas incluyendo eventos de complicaciones mayores de la hemorragia posparto y generar un protocolo único de actuación hasta donde pueden intervenir y que hacer al respecto, de esto se debe involucrar a todo el personal médico y de enfermería.
3. A nivel del Hospital Primario Jorge Navarro organizar un día y una hora en que el total de recursos puedan reunirse y estudiar las normas de las complicaciones obstétricas en conjunto con todo el personal, independiente de la competencia técnica que presenten.
4. A nivel de los médicos docentes de ginecobstetricia del Hospital Regional de Jinotega con participación de los médicos en formación, crear libreta fácil y de rápido manejo por eventualidad de la hemorragia posparto, con el objetivo de darle una utilidad efectiva para el personal de enfermería y los médicos servicios sociales más nuevos, y que este accesible en el servicio de labor y parto como el área de puerperio del hospital primario.

XII. BIBLIOGRAFIA

- DGAF-MINSA/SIGFA - Nicaragua . (2012). *Informe de gestión en salud 2011*. Managua : Ministerio del poder ciudadano para la salud .
- Castro., V. M. (2004). *MATEP y Manejo de la Hemorragia Post Parto en el Hospital Fernando Velez Paiz*. . Managua : UNAN - MANAGUA .
- Gahres EE, A. N. (1962). Intrapartum blood loss measured Cr51-tagged erythrocytes. En *Obstet Gynecol*.
- Katzung, B. G. (2007). *Farmacología Básica y Clínica*. México: Manual Moderno.
- M.A, T. (2013). *Aplicación del Protocolo de Hemorragia post parto establecido por el MINSA en pacientes atendidas en el hospital Asunción Juigalpa de Enero a Mayo del 2013*. Managua : UNAN - Managua. Tesis Monografica .
- Marco a. González, W. D. (2012 - 2013). *Manual Terapéutico*. Medellín, Colombia.
- Marengo, J. (2011). *Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y La HPP en el HAN*. Managua.
- Ministerio de Salud. (2008). *Política Nacional de Salud*. Managua.
- Ministerio de Salud. (Abril 2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas - Normativa 109*. Managua.
- MINSA - Nicaragua. (2013). *Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstetricas*. Managua, Nicaragua.
- Minsa Wiwili. (2014 - Mayo 2015). *Estadísticas vitales de la salud* . Wiwili: Minsa.
- Narvaez Delgado, E. J. (2007). *Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la Hemorragia Post Parto en dos hospitales de Managua*. Managua, Nicaragua: Universidad Autonoma De Barcelona.

- Nicaragua, M. . (2010). *protocolo Farmaco Terapeutico de la Hemorragia Post - Parto. Hospital Aleman - Nicaragauense*. Managua.
- Nicaragua, M. . (2012). *Estadisticas Vitales para la Salud* . Managua .
- Projects, G. H. (2006). *Hemorragia postparto: Un desafío para la maternidad segura* . Montreal, Canada: Green Communication Design.
- S., O. S. (2013). *Factores de Riesgo de Morbi - Mortalidad por Hemorragia Post Parto en Mujeres Atendidas en el Hospital Alemán - Nicaragüense en el Periodo de Enero a Diciembre 2012*. Managua : UNAN - MANAGUA. Tesis Monografica .
- Salud, M. d. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos*. Managua.
- Sandoval, D. E., & Pérez Olivo, J. (2013). *Informe del Evento Movilidad Materna Extrema*. Colombia: Instituto Nacional de Salud.
- Schwarcz-Sala-Duverges. (2005). *Obstetricia* (6ta ed.). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- University Research Co., L. (. (2011). *Evaluación de competencias del personal médico y de enfermería que brinda atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones en cinco SILAIS de Nicaragua Comparativo 2005 y 2010*. Managua .
- USAID, O. . (2012). *Recomendaciones de OMS sobre la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Post Parto*. Ginebra.
- WHO. (1990). The prevention and management of postpartum haemorrhage.
- X., L. I. (2013). *Cumplimiento del protocolo de Hemorragia post Parto según norma y protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas en pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Junio 2012 - Junio 2013*. Managua : UNAN - MANAGUA. Tesis monografica .

XIII. ANEXOS

ANEXOS 1

Tablas de resultados

Conocimientos, Actitudes Y Prácticas sobre hemorragia posparto que tienen el personal médico y enfermería del Hospital primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015

Tabla No. 1

Características Generales del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n= 36

Datos Generales	Frec.	%
Edad		
18 a 27 años	27	69.4
28 a 37	7	19.4
38 y +	4	11.2
Sexo		
Femenino	25	69.4
Masculino	11	30.6
Profesión		
Licenciadas en enfermería	10	27.8
Enfermeras Obstetras	1	2.8
Médicos Generales	3	8.3
Auxiliar	13	36.1
Médicos en Servicio Social	9	25.0
Tiempo de laboral en atención Obstétricas		
≤ 1 año	17	47.2
2 a 5	16	44.4
5 a 10	3	8.3
Capacitados sobre prevención y manejo HPP		
Si	13	36.1
No	23	63.9

Fuente. Primaria.

Tabla No. 2

Elementos de la información sobre Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n= 36

Información e informantes	Frec.	%
Reciben información sobre HPP.		
Frecuentemente	9	25.0
A veces	21	58.3
Nunca	6	16.7
Las personas que le dan más información sobre HPP		
Médicos especialista de ginecobstetricia	29	80.6
Enfermera Obstetra	1	2.8
Nunca han recibido	6	16.7
Han tomado información más frecuentemente en HPP		
De internet	5	13.9
De conferencia	5	13.9
Documentos escrito	20	55.6
No se informan	6	16.7
El contenido de la información que más atienden sobre HPP es:		
El manejo	22	61.1
Sobre la prevención	8	22.2
Sobre la frecuencia del problema	6	16.7

Fuente. Primaria.

Tabla No 3.

Conocimiento sobre Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n= 36

Preguntas	Conocen	
	Frec	%
Conocen que la Hemorragia post parto es la pérdida Hemática más 500 cc en el parto y 1000cc en la cesárea	24	66.7
Conocen que la causa más frecuente de hemorragia postparto es atonía uterina	20	55.6
Conocen que la hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en países en vías desarrollo	28	77.8
Conocen que la muerte por Hemorragia Post parto ocurren más frecuentemente en las primeras 4hrs	27	75.0
Conocen que la muerte materna por Hemorragia Post parto en su mayoría son evitables	34	94.4
Conocen que los factores de riesgo para la Hemorragia Post parto tienen que ver con las 4T nemotécnicamente	29	80.6
Conocen que el sangrado leve que continua después 12hrs del parto es por retención de restos placentarios.	4	11.1
Conocen que el dolor Abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal es causada por ruptura uterina.	23	63.9
Conocen que cuando no se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo es causado por retención de placenta.	27	75.0
Conocen que la hemorragia post parto inmediata con útero blando y no retraído es causada por atonía uterina	23	63.9
Conocen que el sangrado en sitios de punción y no formación de coágulos sanguíneos y con las medidas para tratar la HPP no mejora es producto por alteración de la coagulación.	28	77.8
Conocen que cuando no se palpa fondo uterino en la palpación abdominal y hay Dolor intenso es por ruptura uterina	25	69.4

Fuente. Primaria.

Tabla No 4.

Conocimiento sobre Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n= 36

Preguntas	Conocen	
	Frec	%
Conocen que las principales medida de la prevención de muerte por HPP es la identificación de factores de riesgo y posteriormente el MATEP	36	100
Conocen que son tres pasos que se realizan en el MATEP.	17	47.2
Conocen que la actuaciones del taponamiento vaginal con gasas para parar el sangrado no se realiza ante una hemorragia postparto por atonía uterina	21	58.3
Conocen que la clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo	7	19.4
Conocen que para prevenir la HPP se aplica 10 UI IM de Oxitocina después del alumbramiento	27	75.0
Conocen que la HPP según su causada por atonía uterina pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de Oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto	33	91.7
Conocen que si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas	22	61.1
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangres es mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.	25	69.4
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangres es mantener Plaquetas mayores de 75,000.	17	47.2
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangres es mantener TP y TPT menor de 1.5 del control	18	50.0
Conocen que el propósito del manejo de la pérdida masiva de sangres es mantener Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.	15	41.7

Fuente. Primaria.

Tabla No. 5

Actitud ante Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n=36

Preguntas	En		Duda		De Acuerdo	
	Desacuerdo					
	n	%	n	%	n	%
Consideran que la perdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto SE ASOCIAN a HPP.	4	11.1	9	25.0	23	63.9
Siempre consideran alertar cuando hay paciente con HPP en labor y parto y puerperio para recibir ayuda.	3	8.3	2	5.6	31	86.1
Consideran prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.	11	30.6	10	27.8	15	41.7
Creen que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la HPP	5	13.9	9	25.0	22	61.1
Les desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical	4	11.1	7	19.4	25	69.4
Entienden que puede existir HPP en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.	11	30.6	8	22.2	17	47.2
Saben que una de las complicaciones de la HPP es la infertilidad.	25	69.4	8	22.2	3	8.3
Conocen que Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios	7	19.4	9	25.0	20	55.6
Entienden que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y metil Ergonovina como útero tónico.	4	11.1	11	30.6	21	58.3
Sé, que al continuar el sangrado post parto después de administrarle Oxitocina y Ergonovina debo utilizar misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única	9	25.0	17	47.2	10	27.8
Realizan la aplicación de drogas uterotonicas antes del pinzamiento del cordón.	14	38.9	15	41.7	7	19.4
Consideran si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoco contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremento la concentración de Oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión	9	25.0	11	30.6	16	44.4
Entienden que una paciente con HPP debe de ser vigilada en UCI	7	19.4	9	25.0	20	55.6
Comprenden que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficientes o no hay personal entrenado.	4	11.1	5	13.9	27	75.0

Fuente Primaria.

Tabla No. 6

Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n= 36

Preguntas	Realizan	
	n	%
Número de veces que han atendido HPP		
Nunca	19	52.8
1 a 3 veces	14	38.9
4 a 5	3	8.3
Como Ayuda a extraer al RN en el parto		
No Respondieron	19	52.8
Protegiendo el periné materno y sosteniendo al RN ayudándole a salir lentamente cuidando salida de cabeza, mentón y hombros.	3	8.3
Repuesta incorrectas	14	38.9
Donde colocan al recién nacido		
No Responde	19	52.8
En el abdomen de la madre (pelvis fondo del útero)	16	44.4
En la cuna térmica	1	2.8
Cuanto tiempo espera para extraer la placenta		
5 a 10 minuto	4	11.1
15min con MATEP y 30min Espontaneo	7	19.4
15 minuto	5	13.9
30 min	1	2.8
No responde	19	52.8
Cada cuanto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino.		
Cada 15 minuto por 2hrs	5	13.9
Cada 15 minuto	8	22.2
Cada 5 minuto	3	8.3
Por 2hrs	1	2.8
No responde	19	52.8
En qué momento pinza y corta el cordón umbilical		
Cuando deja de pulsar el cordón umbilical	13	36.1
Entre 1 a 3 minutos	4	11.1
No Responde	19	52.8
Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta		
Técnica Dublín	3	8.3
Haciendo masaje y rotando el cordón	5	13.9
Realizando tracción y contra tracción	9	25.0
No Responde	19	52.8

Fuente Primaria.

Tabla No. 7

Prácticas para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n=36

Preguntas	Realizan	
	n	%
La manera que se asegura un diagnostico precoz de HPP después del alumbramiento		
Evidenciando el Globo de seguridad de Pinard	2	5.6
Valorando los factores de riesgo y el Globo de seguridad de Pinard	1	2.8
Calculando la perdida de sangres y vigilando el puerperio	7	19.4
Revisando el canal vaginal y cuando sangra más de lo normal	7	19.4
No Responden	19	52.8
En caso de hipotonía Uterina que hacen		
Aplicación del manejo del tercer periodo del parto	1	2.8
Masaje uterino y aplicación de uterotonico	8	22.2
Solo masaje bimanual uterino	2	5.6
Canalizar en dos vías y administrar liquido con útero tónico	2	5.6
No saben	4	11.1
No respondieron	19	52.8
Dosis que aplican Oxitocina en caso de HPP		
10 ui IM y 20 ui IV en infusión continua	3	8.3
10 iu IM	2	5.6
20 iu Oxitocina + 1000cc SSN 0.9% a 40gtas x min	5	13.9
40 iu IM	2	5.6
20 iu	2	5.6
No saben	3	8.3
No responden	19	52.8
Que realizan para mejorar la volemia		
Administrar solución cristaloides(SSN, Lactato de Ringer)	11	30.6
No saben	6	16.6
No responden	19	52.8
Cuando decide Transfundir		
Cuando hay cifras de Hto bajo o HB es menor de 8grs	9	25.0
Cuando hay datos de hipoxia tisular	1	2.8
Cuando por clínica no mejora y se utilizó liquido	1	2.8
Perdidas hemáticas mayores	3	8.3
No saben	3	8.3
No responden	19	52.8
La razón de intervenir quirúrgicamente por HPP		
Continua con atonía uterina	3	8.3
Hemorragia refractaria	2	5.6
Corre en peligro la vida y la hemorragia no mejora	3	8.3
Ruptura uterina y Acretismo placentario	7	19.4
No saben	2	5.6
No Responden	19	52.8

Fuente Primaria.

Tabla No. 8

Características Generales y Nivel de conocimiento para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n = 36

Características Generales		Nivel de Conocimiento					
		Poco n = 11		Regular n = 16		Bastante n = 9	
		n	%	n	%	n	%
Sexo							
	Femenino	8	22.2	10	27.8	7	19.4
	Masculino	3	8.3	6	16.6	2	5.6
Profesión							
	Licenciadas en enfermería	4	11.1	6	16.6		
	Enfermeras Obstetras			0	0.0	1	2.8
	Médicos Generales			1	2.8	2	5.6
	Auxiliar	6	16.6	7	19.4		
	Médicos en Servicio Social	1	2.8	2	5.6	6	16.6
Tiempo de Laboral en atención Obstétricas							
	≤ 1 año	5	13.9	8	22.2	4	11.1
	2 a 5	5	13.9	6	16.6	5	13.9
	5 a 10	1	2.8	2	5.6		
Capacitados sobre prevención y manejo HPP							
	Si	3	8.3	6	16.6	4	11.1
	No	8	22.2	10	27.8	5	13.9

Fuente Primaria.

Tabla No. 9

Características Generales y Actitud para la prevención y manejo de Hemorragia Post Parto que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n = 36

Datos Generales		Actitud			
		Desfavorable n = 26		Favorable n = 10	
		n	%	n	%
Sexo					
	Femenino	19	52.8	6	16.6
	Masculino	7	19.4	4	11.1
Profesión					
	Licenciadas en enfermería	7	19.4	3	8.3
	Enfermeras Obstetras	1	2.8		
	Médicos Generales	3	8.3		
	Auxiliar	9	25.0	4	11.1
	Médicos en Servicio Social	6	16.6	3	8.3
Tiempo de Laboral en atención Obstétricas					
	≤1 año	13	36.6	4	11.1
	2 a 5	10	27.8	6	16.6
	5 a 10	3	8.3		
Capacitados sobre prevención y manejo HPP					
	Si	12	33.3	1	2.8
	No	14	38.9	9	25.0

Fuente Primaria.

Tabla No. 10

Nivel de conocimiento y Actitud según hayan atendido HPP el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n = 36

	Total n = 36	Atención de la HPP			
		Personal que han atendido n = 17		Personal que no han atendido n = 19	
		n	%	n	%
Nivel de Conocimiento					
Poco	11	1	2.8	10	27.8
Regular	16	7	19.4	9	25.0
Bastante	9	9	25.0		
Actitud					
Desfavorable	26	12	33.3	14	38.9
Favorable	10	5	13.9	5	13.9

Fuente Primaria.

Cuadro No. 11

Nivel de conocimiento y Actitud según Tendencia de la Práctica para atender HPP del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.

n = 36

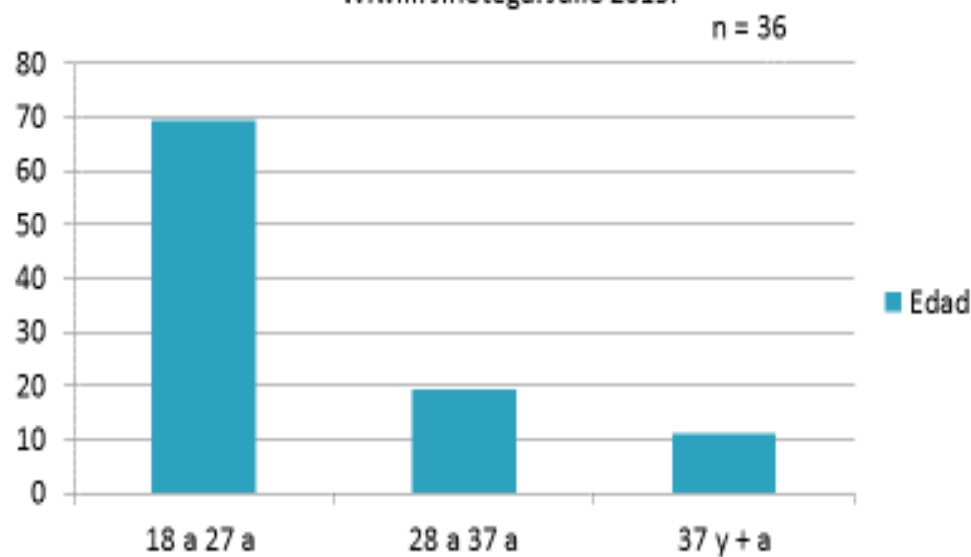
	Total n = 36	Tendencia de la Prácticas para atender HPP			
		Inadecuada n = 32		Adecuada n = 4	
		n	%	n	%
Nivel de Conocimiento					
Poco	11	11	30.6		
Regular	16	16	44.4		
Bastante	9	5	13.9	4	11.1
Actitud					
Desfavorable	26	23	63.9	3	8.3
Favorable	10	9	25.0	1	2.8

Fuente Primaria.

Anexos 2.
Gráficos de resultados

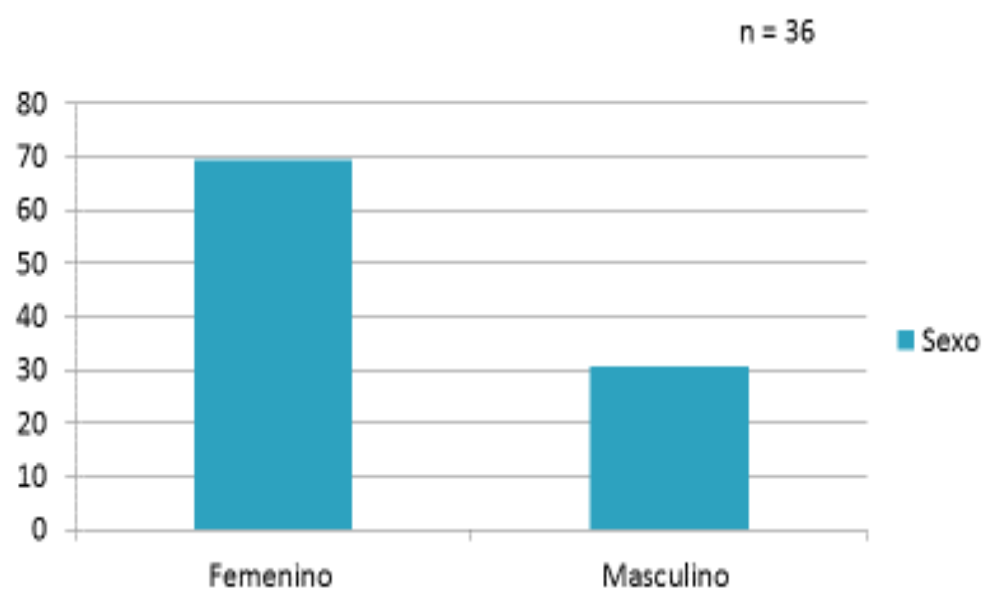
Gráfico 1.

Edad del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro.
Wiwilí, Jinotega. Julio 2015.



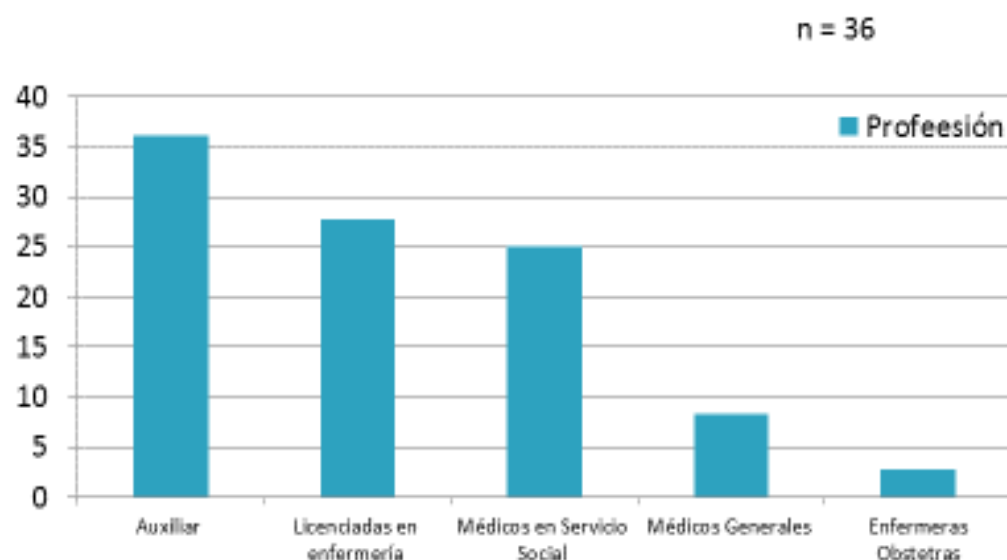
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2.
Sexo del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro.
Wiwilí, Jinotega. Julio 2015.



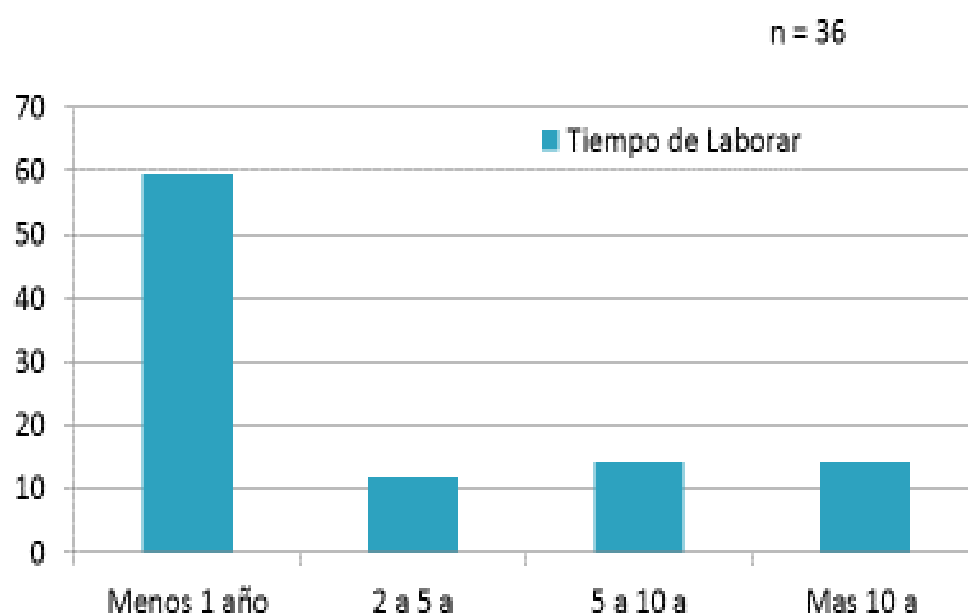
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 3.
Profesión del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge
Navarro. Wiwilí. Jinotega. Julio 2015.



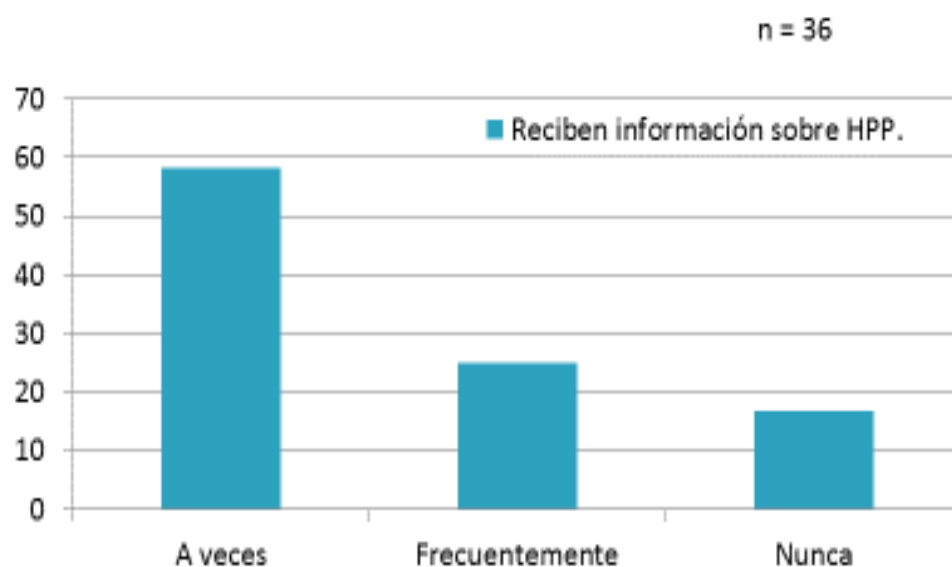
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 4.
Tiempo de laborar del personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge
Navarro. Wiwilií. Jinotega. Julio 2015.



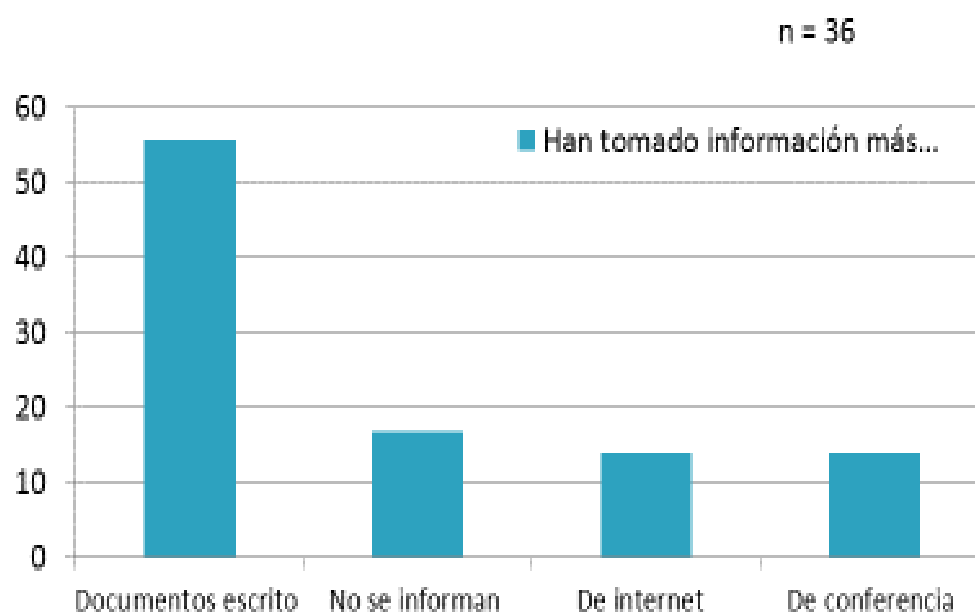
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 5
Reciben información sobre Hemorragia Post Parto el personal médico y de enfermería
del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilií. Jinotega. Julio 2015.



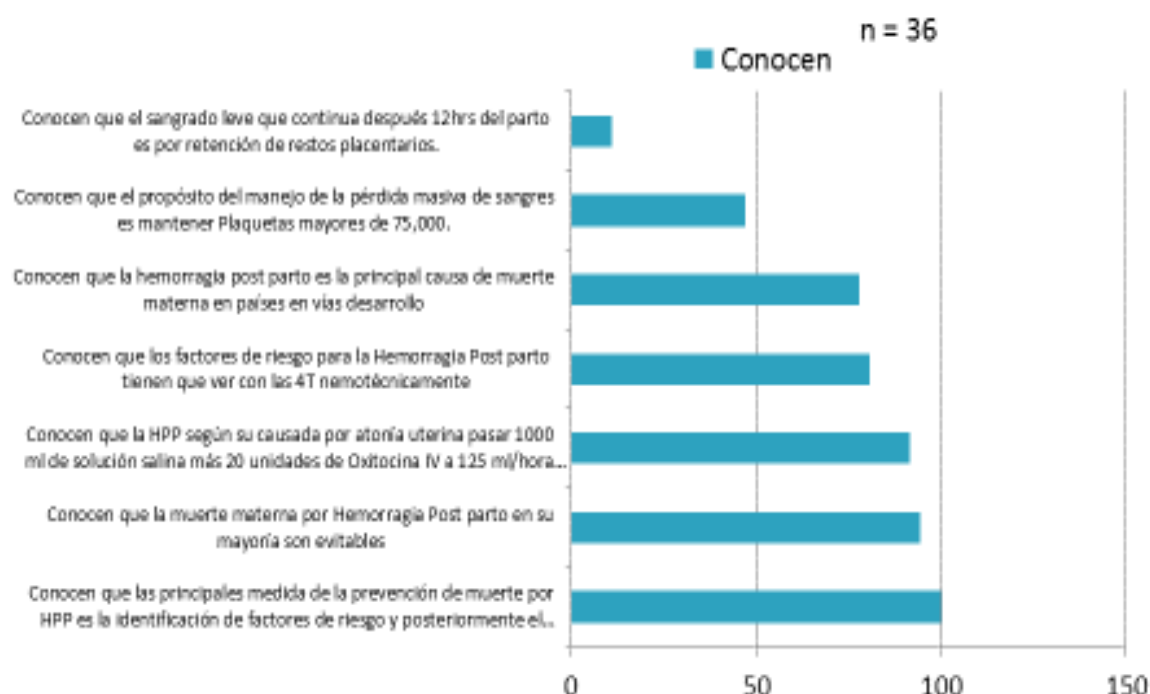
Fuente: Tabla 2.

Gráfico 6.
Forma de informarse que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital
Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015.



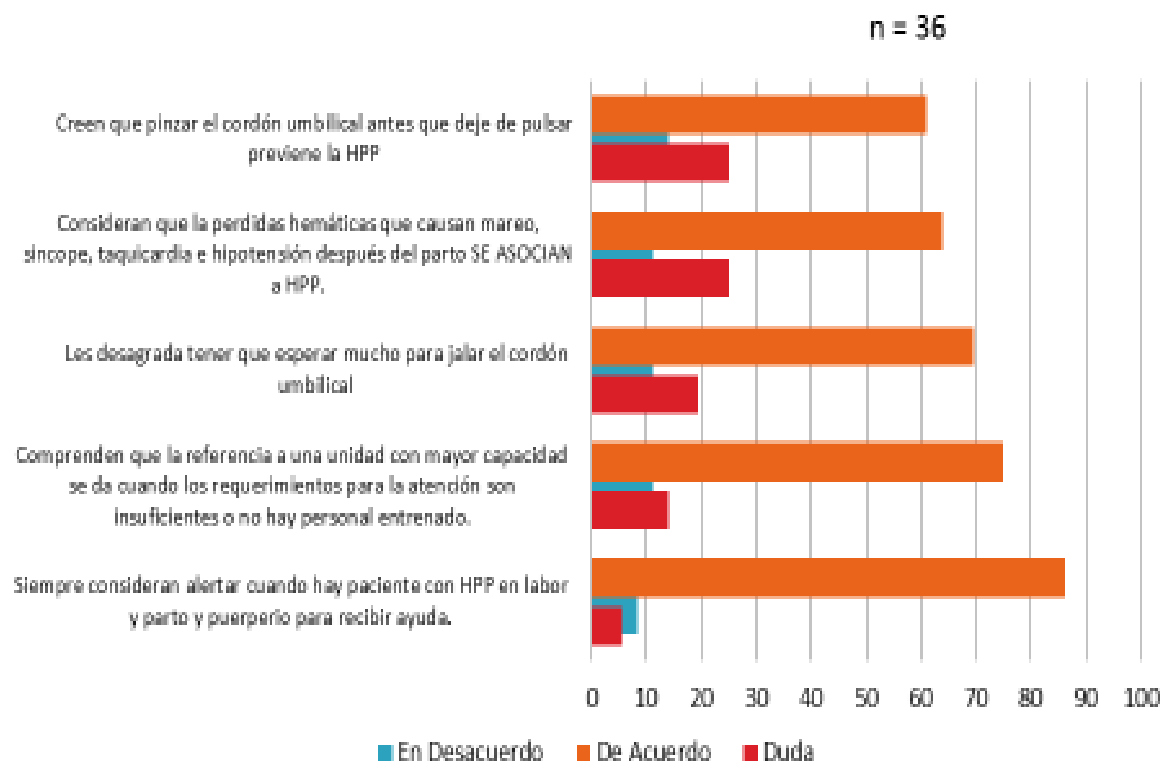
Fuente: Tabla 2.

Gráfico 7.
Conocimiento sobre la norma de prevención y manejo de HPP que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro, Wiwili, Jinotega, Julio 2015.



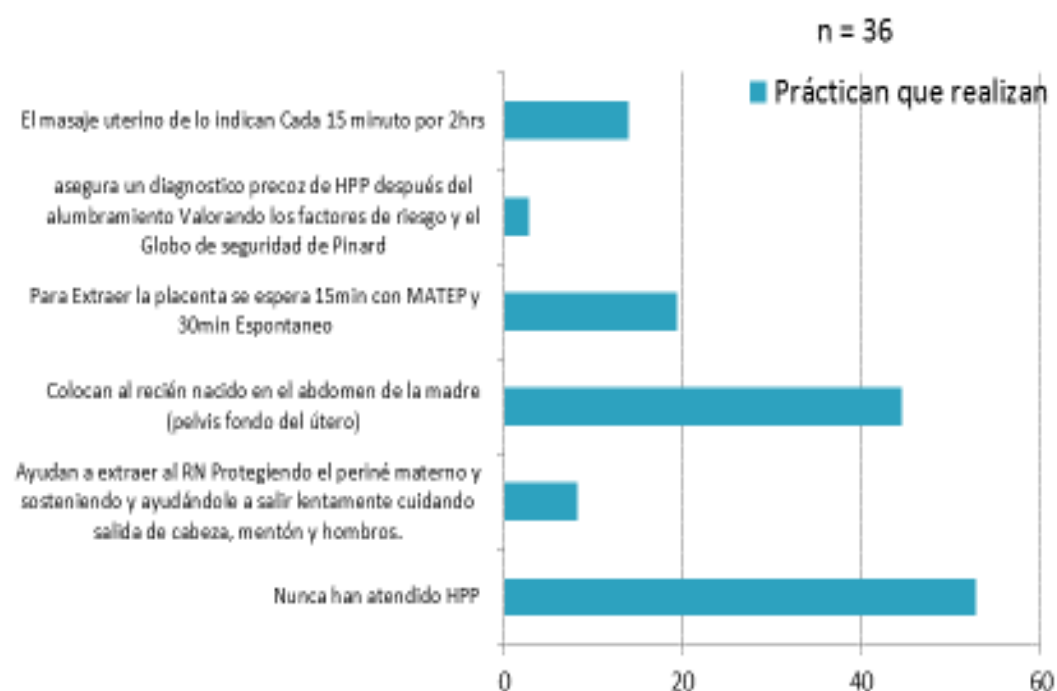
Fuente: Tabla 3 y 4

Gráfico 8.
Actitud sobre la norma de prevención y manejo de HPP que tienen el personal médico
y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015.



Fuente: Tabla 5.

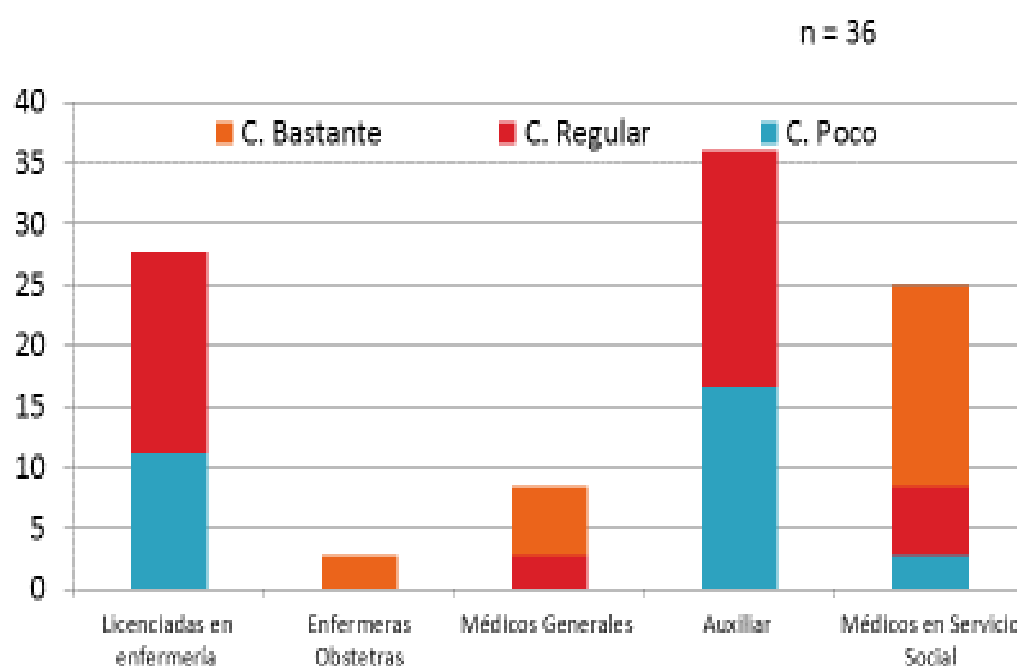
Gráfico 9.
Prácticas que realizan sobre la norma de prevención y manejo de HPP que tienen el personal médico y de enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí.
Jinotega. Julio 2015.



Fuente: Tabla 6 y 7.

Gráfico 10.

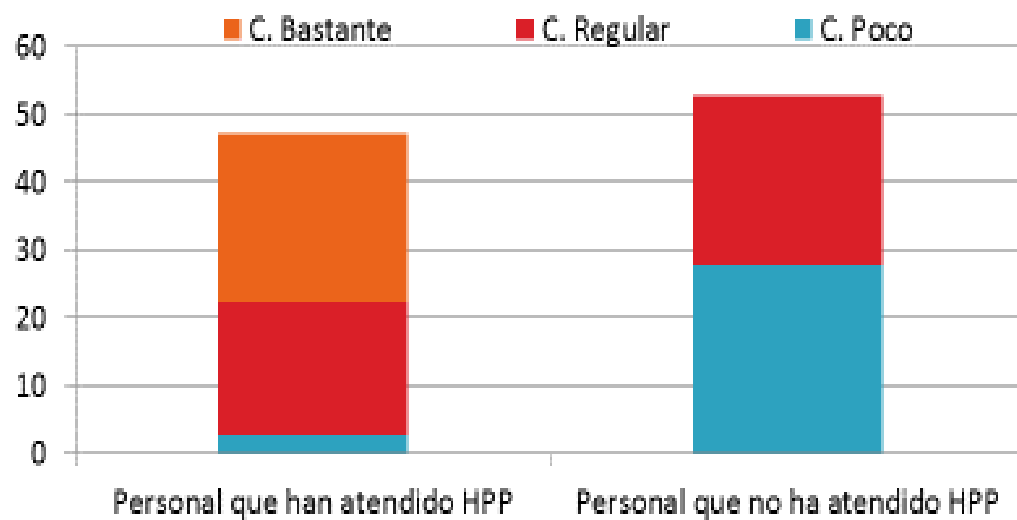
Nivel de conocimiento sobre la norma de prevención y manejo de HPP según profesión del personal de salud. Hospital Primario Jorge Navarro, Wiwili, Jinotega, Julio 2015.



Fuente: Tabla 8.

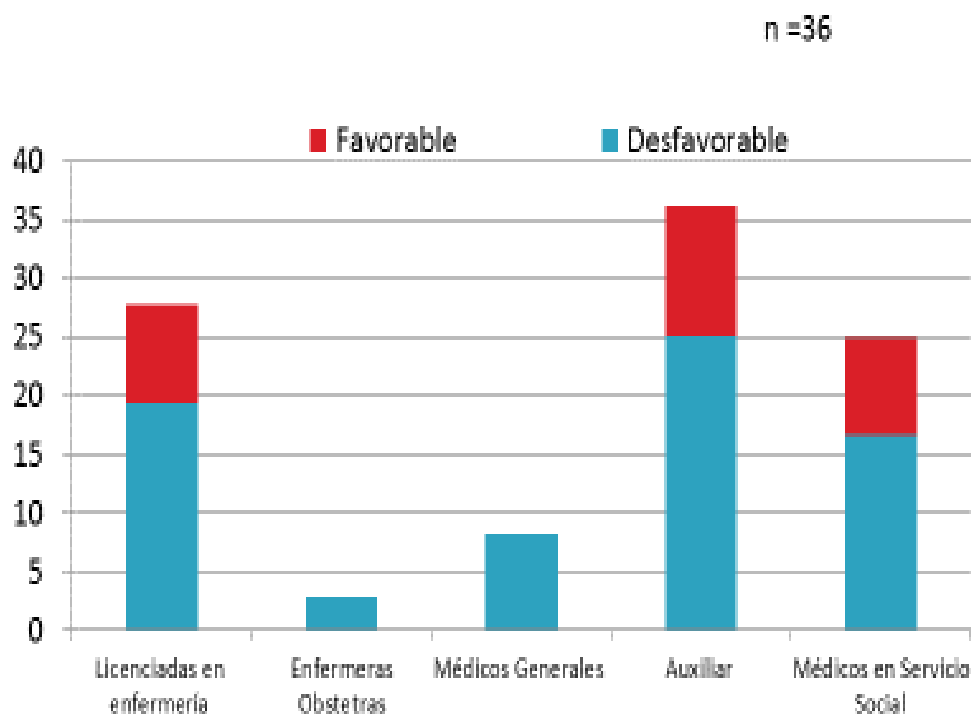
Gráfico 11.
Nivel de Conocimiento sobre la norma de prevención y manejo de HPP según hayan
atendido casos relacionados el personal de salud médico y enfermería. Hospital
Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015.

n = 36



Fuente: Tabla 10.

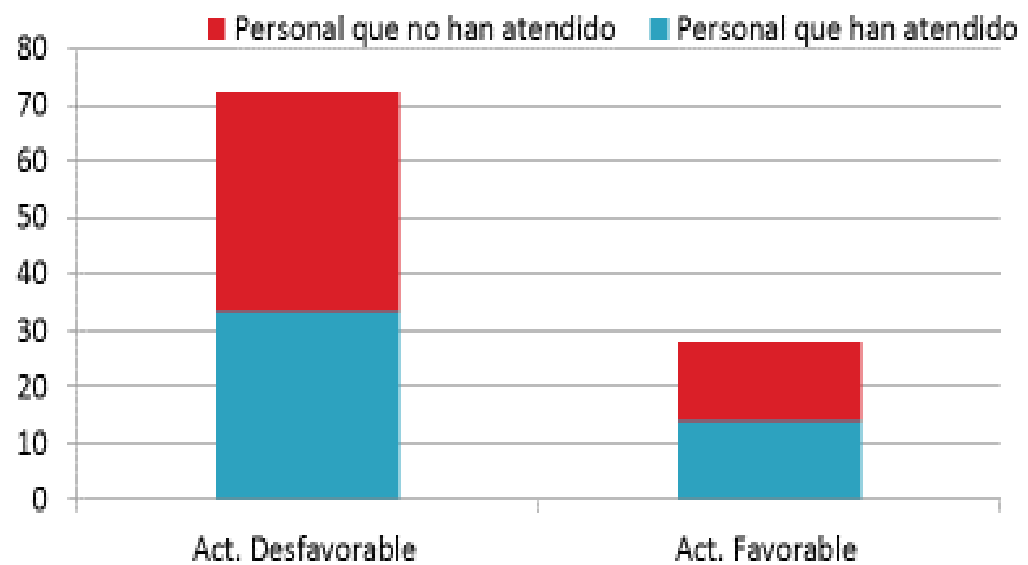
Gráfico 12.
Actitud sobre la norma de prevención y manejo de HPP según profesión del personal de salud. Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015.



Fuente: Tabla 9.

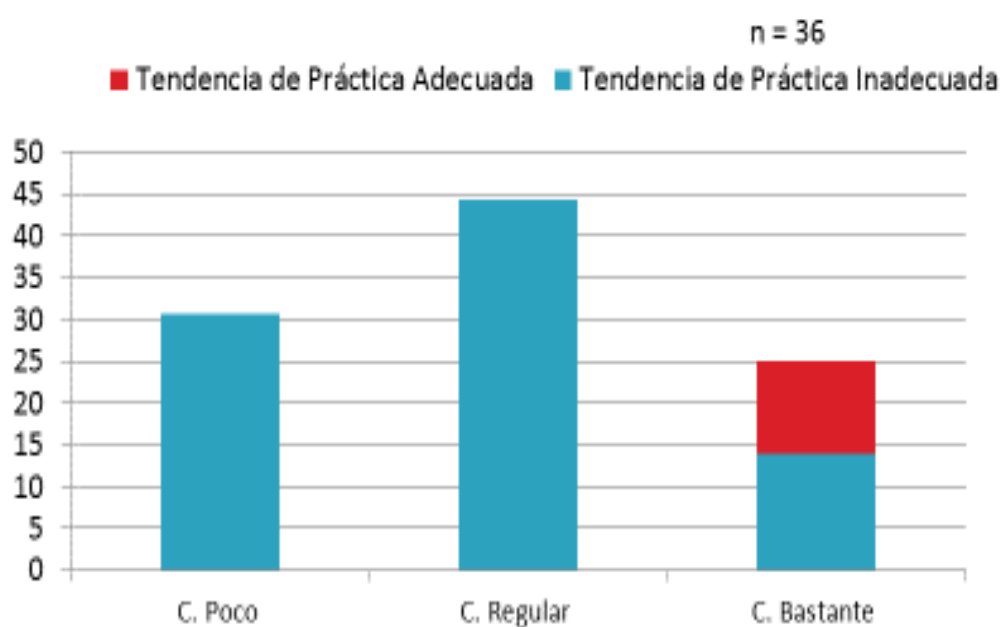
Gráfico 13.
Actitud sobre la norma de prevención y manejo de HPP según hayan atendido casos
relacionado el personal de salud. Hospital Primario Jorge Navarro, Wiwili. Jinotega.
Julio 2015.

n = 36



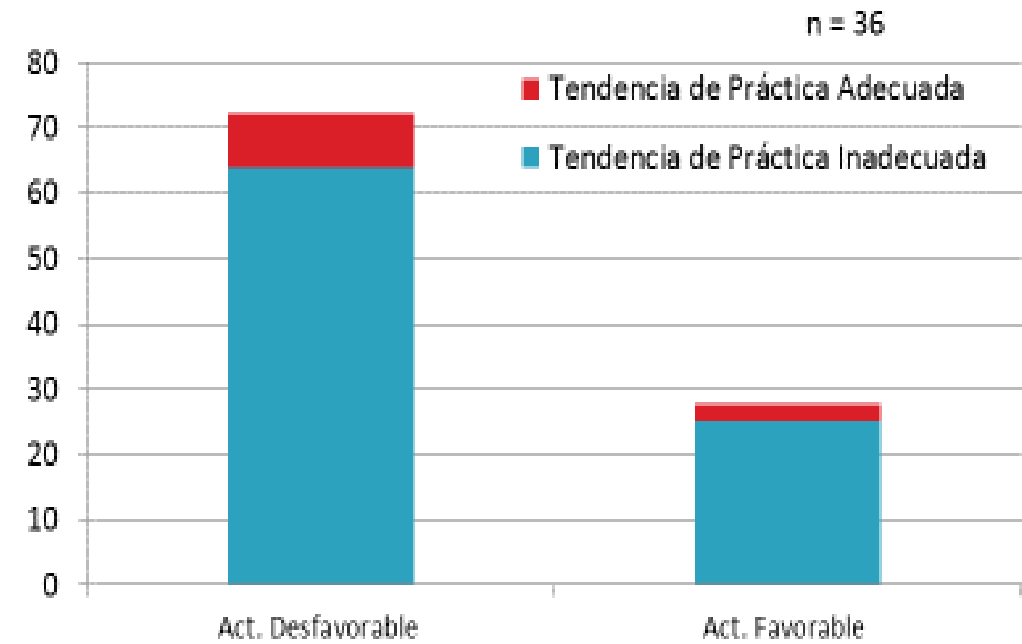
Fuente: Tabla 9.

Gráfico 14.
Tendencia de la Práctica según Nivel de conocimiento sobre la norma de prevención y
manejo de HPP del personal de salud. Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwilí.
Jinotega. Julio 2015.



Fuente: Tabla 11.

Gráfico 15.
Tendencia de la Práctica según Actitud sobre la norma de prevención y manejo de HPP del personal de salud. Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015.



Fuente: Tabla 11.



ANEXOS 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN- MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

Instrumento de recolección de la información

Conocimientos, Actitudes Y Prácticas sobre hemorragia posparto que tienen el personal médico y enfermería del Hospital primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015

I. Datos Generales

1. Edad del entrevistado; _____ años
2. Sexo del Entrevistado; M _____ F _____
3. Profesión; _____
4. Tiempo de Laborar en la atención Obstétricas, _____ años
5. Capacitado en complicaciones Obstétricas; si _____ no _____

II. Conocimiento sobre la hemorragia post parto.

6. Conoce que la Hemorragia post parto es la pérdida Hemática de: coloque la letra.
 - a. + 500 c.c. en parto
 - b. + 1000 c.c. en la cesárea
 - c. 250 c.c. en el parto En parto simple _____ En la Cesárea _____
 - d. 100 c.c. en la cesárea
 - e. 50 c.c. en la cesárea
7. La causa más frecuente de hemorragia postparto es:
 - a) Desgarro cervical.
 - b) Rotura uterina.
 - c) Atonía uterina. Es correcto _____
 - d) Coagulopatía materna.
 - e) Inserción anómala de la placenta.
8. La hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en países en vías desarrollo si/no _____
9. La muerte por Hemorragia Post parto ocurren más frecuentemente en las primeras 4 hrs si /no _____
10. La muerte materna por Hemorragia post parto en su mayoría son evitables. si/no _____
11. Los Factores de riesgo para la Hemorragia Post parto tienen que ver con las 4 T: si/no _____
12. Señale el posible causa de HPP (**a**). Atonía uterina **b**). Desgarro cervical **c**). Inversión uterina, **d**). Ruptura Uterina **e**). Retención de Restos o placenta **f**). Alteración de la Coagulación) en los siguientes casos
 - Sangrado leve que continua después 12 hrs del parto. _____
 - Dolor Abdominal severo con o sin evidencia de sangrado transvaginal. _____
 - No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo. _____
 - Hemorragia post parto inmediata. Útero blando y no retraído. _____

- Sangrado en sitios de punción. No formación de coágulos sanguíneos y con las medidas para tratar la hemorragia posparto no mejora _____
- No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso _____

13. Una de las principales medidas de la prevención de muerte por hemorragia posparto es la identificación de factores de riesgo y posteriormente MATEP. si/no _____
14. Los tres pasos de realizar en el MATEP son: aplicación de Útero tónico al momento de la salida del hombro, pinzamiento temprano del cordón, Tracción Controlada del Cordón. Si/no _____
15. Cuál de las siguientes actuaciones no se realiza ante una hemorragia postparto por atonía uterina:
 - a) Masaje uterino bimanual. . No se realiza _____
 - b) Reposición de la volemia.
 - c) Administración i.m de metil-ergonovina (Methergin) con paciente hipotensa.
 - d) Administración de oxitocina en perfusión.
 - e) Taponamiento vaginal con gasas para frenar la hemorragia.
16. La clasificación de pérdida de sangre 1ero Shock Compensado, 2do Shock leve, 3ero Shock Moderado y 4to Shock Severo. Si/no _____
17. Para prevenir la hemorragia posparto se aplica 10 UI IM de oxitocina después del alumbramiento si/no _____
18. La hemorragia posparto según su causada por atonía uterina pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si/no. _____
19. Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. Si/no _____
20. El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre en la hemorragia posparto es:
 - Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl. Si/no _____
 - Plaquetas mayores de 75,000. Si/no _____
 - TP y TPT menor de 1.5 del control. Si/no _____
 - Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl. Si/no _____

III. Actitud para el manejo de la Hemorragia Post Parto.

Marque (TD) Totalmente en desacuerdo (ED) En duda (TA) Totalmente de Acuerdo, a las siguientes preposiciones

Preposiciones	TD	D	TA
21. Considero que la perdidas hemáticas que causan mareo, síncope, taquicardia e hipotensión después del parto SE ASOCIAN a hemorragia posparto.			
22. Siempre debo alertar cuando hay paciente con hemorragia posparto en labor y parto y puerperio para recibir ayuda.			
23. Considero prolongada la 3era etapa del parto si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.			

24. Creo que pinzar el cordón umbilical antes que deje de pulsar previene la hemorragia posparto			
25. Me desagrada tener que esperar mucho para jalar el cordón umbilical			
26. Entiendo que puede existir hemorragia posparto en el puerperio alejado después de los 10 hasta 45 días después del parto.			
27. Sé que una de las complicaciones de la hemorragia posparto es la infertilidad.			
28. Conozco que Hemorragia Tardía post-parto generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios			
29. Entiendo que es una muy buena opción el uso de Oxitocina y metil Ergonovina como útero tónico.			
30. Sé que al continuar el sangrado post parto después de administrarle Oxitocina y metil Ergonovina debo utilizar misoprostol 600microgramos vía sublingual dosis única			
31. Realizo la aplicación de drogas uterotónicas antes del pinzamiento del cordón.			
32. Considero si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoco contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremento la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión			
33. Entiendo que una paciente con hemorragia posparto debe de ser vigilada en UCI			
34. Comprendo que la referencia a una unidad con mayor capacidad se da cuando los requerimientos para la atención son insuficiente o no hay personal entrenado.			

IV. Prácticas relacionadas a prevenir y tratar la hemorragia posparto.

Complete según las actividades que realiza Ud.

35. ¿Cuántas veces ha tratado una hemorragia posparto? _____
36. En un parto normal, ¿Cómo ayuda a extraer al recién nacido? _____
37. ¿Dónde coloca al Recién nacido? _____
38. ¿Cuánto tiempo espera para extraer la placenta? _____
39. ¿Cada cuánto tiempo le indica a la paciente que se haga masaje uterino? _____
40. ¿En qué momento pinza y corta el cordón umbilical? _____
41. ¿Cuál es la forma que utiliza para extraer la placenta? _____
42. ¿De qué manera se asegura un diagnostico precoz de hemorragia posparto después del alumbramiento?

43. En caso de hipotonía Uterina, ¿Qué hace? _____

44. ¿Qué dosis aplica Oxitocina en caso de hemorragia posparto?

45. ¿Qué realiza para mejorar la volemia? _____

46. ¿Cuándo decide transfundir? _____

47. La razón de intervenir quirúrgicamente por hemorragia posparto, ¿Cuál es?

V. Información que obtiene para manejar y evitar la hemorragia posparto.

1. ¿Recibe información sobre hemorragia posparto? frecuentemente ____ a veces ____ nunca
____ sobre este tema _____

2. ¿Quiénes les enseñan más sobre este tema? _____

3. Toma información de internet ____ Conferencia ____ Documento escrito ____

4. El contenido de la información que más recibe es sobre el Manejo ____ sobre la prevención ____
sobre la frecuencia del problema ____

¡Muchas Gracias!



Anexos 4
Hoja de Consentimiento Informado
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Recinto Universitario Rubén Darío.
UNAN – MANAGUA
Facultad de Ciencias Médicas

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el manejo de la hemorragia postparto que tienen el personal médico y enfermería del Hospital Primario Jorge Navarro. Wiwili. Jinotega. Julio 2015”

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

La hemorragia post parto es una de la principales causa de morbi – mortalidad de la mujer que se embaraza, evaluar el desempeño y el conocimiento previo a la atención de un caso inusitado de esta índole es un compromiso ministerial a lo que nosotros como investigadores estamos aportando, ya que para la institución por la carencia de recurso no lo frecuente realizar.

Su colaboración y participación en este estudio nos será de mucha ayuda, y es totalmente voluntaria y no necesita dar a conocer su nombre en el cuestionario a llenar. Usted puede elegir participar o no hacerlo en este momento o en cualquier otro mientras estemos en el proceso de recolección de la información.

El tiempo estimado para llenar el cuestionario es de 15 a 20 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en el transcurso del llenado del cuestionario por mi descuerdo si existiera alguna razón.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____